

THESIS

MARBURG

1969 ✓

Geschichte und Entwicklung des Apotheken- und Arzneimittelwesens in Tansania

**unter besonderer Berücksichtigung der
deutschen Kolonialpharmazie**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Naturwissenschaftlichen Fakultät der Philipps-Universität
Marburg/Lahn

vorgelegt von

Günter Klatt

aus Husum/Nordsee

Marburg 1969

Geschichte und Entwicklung des Apotheken- und Arzneimittelwesens in Tansania

**unter besonderer Berücksichtigung der
deutschen Kolonialpharmazie**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Naturwissenschaftlichen Fakultät der Philipps-Universität
Marburg/Lahn

vorgelegt von

Günter Klatt

aus Husum/Nordsee

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

Von der Naturwissenschaftlichen Fakultät der
Philipps-Universität Marburg/Lahn als

Dissertation angenommen am 25.1.1969

Tag der mündlichen Prüfung am 5.2.1969

Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Rudolf Schmitz

Mitberichterstatter: Prof. D. Dr. phil. Ernst Dammann

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT

INHALT

1. EINLEITUNG

1.1 Bedeutung der Produktentwicklung im Unternehmen
 1.2 Stellung des Produktdesigners im Unternehmen
 1.3 Aufgaben des Produktdesigners

2. GRUNDLAGEN

2.1 Grundlagen der Produktentwicklung
 2.2 Grundlagen der Produktentwicklung

3. KONZEPTION

Meiner Mutter

gewidmet

3.1 Konzeption des Produkts
 3.2 Konzeption des Produkts

4. ENTWURF

5. HERSTELLUNG

6. VERKEHR

7. SONSTIGES

8. ZUSAMMENFASSUNG

9. LITERATURVERZEICHNIS

10. ANHANG

11. DANKSAGUNG

12. ABKÜRZUNGEN

13. VERGLEICH

14. VERGLEICH

15. VERGLEICH

16. VERGLEICH

17. VERGLEICH

18. VERGLEICH

19. VERGLEICH

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
SIGLENVERZEICHNIS	VI
VORWORT	VII
EINLEITUNG:	
Zur Einführung in die Problematik afrikanischer Heilkunde. Ein- stellung des Afrikaners zur Krankheit, Medizinmann, Heilmittel, Heilmethoden	1
TEIL I	
GESCHICHTE DER ARZNEIVERSORGUNG UND DES APOTHEKENWESENS VON DEUTSCH-OSTAFRIKA IN DEN JAHREN 1866 - 1918	
1. Kapitel	
Anfänge des Medizinalwesens in Deutsch-Ostafrika	
A.) Ärzte in der vorkolonialen Periode	38
B.) Eintreffen der ersten deutschen Ärzte	40
C.) Gründung einer Medizinalbehörde für Deutsch-Ostafrika	43
D.) Die ersten Krankenhäuser	53
2. Kapitel	
Die Gouvernementsapothek	
A.) Notwendigkeit einer Regierungsapothek	61
B.) Der Aufbau der Gouvernementsapothek	
1.) als Anhang des Europäerkrankenhauses	62
2.) Neuerrichtung als selbständige Einheit	64
C.) Aufgaben der Regierungsapothek	
1.) als Apothek und Sanitätsdepot	67
2.) als chemisches Untersuchungslaboratorium	69
D.) Die Regierungsapotheker	
1.) Stand und Stellung	78
2.) Professor Gustav Giemsa	79
3.) Giemsas Nachfolger bis Dr. R. Schulze	83

3. Kapitel

Die ersten Zivilapotheken in Deutsch-Ostafrika vor 1910

- | | |
|--|----|
| A.) Die Reichsadlerapotheke in Dar-es-Salaam | 87 |
| B.) Die Elefantenapotheke in Tanga | 92 |
| C.) Art der Apotheken und ihr Warensortiment | 96 |

4. Kapitel

Die Pharmazeutische Gesetzgebung in den Deutschen Schutzgebieten

- | | |
|--|-----|
| A.) Ableitung des Rechts zum Erlassen von Verordnungen | 100 |
| B.) Medizinalerlasse und Verordnungen in Deutsch-Ostafrika vor dem 12. Januar 1911 | 101 |
| C.) Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika vom 12. Januar 1911 | 102 |
| D.) Ausführungsbestimmungen des Gouverneurs von Deutsch-Ostafrika zur Verordnung des Reichskanzlers vom 12. Januar 1911 | 108 |
| E.) Auswirkungen der Verordnungen und Ausführungsbestimmungen auf die Bevölkerung und deren Reaktion | 111 |
| F.) Die Ausführungsbestimmungen in anderen deutschen Schutzgebieten | 114 |

5. Kapitel

Errichtung weiterer Zivilapotheken

- | | |
|---|-----|
| A.) Initiative der Elefantenapotheke in Tanga | 118 |
| B.) Konzessionen anderer Apotheker | 121 |

6. Kapitel

Anregungen und Möglichkeiten zum Arzneipflanzenanbau in Deutsch-Ostafrika

125

	Seite
7. Kapitel	
Erster Weltkrieg - Kämpfe in Deutsch-Ostafrika unter General von Lettow-Vorbeck	
A.) Beginn und Ende der Kampfhandlungen	129
B.) Indienststellung von Militärapothekern	131
C.) Die Versorgung der Truppe mit Sanitätsmaterial	133
D.) Beschaffung und Herstellung von Sanitätsmaterial im Lande	139
E.) Die Chininversorgung während des Feldzuges	145
8. Kapitel	
Schicksale deutscher Apotheker und Apotheken nach dem Ende der Kampfhandlungen	150
TEIL II	
ENTWICKLUNG DES ARZNEIMITTEL- UND APOTHEKEN- WESENS IN TANGANYIKA (1918 - 1964)	
1. Kapitel	
Formierung eines zivilen Sanitätswesens	154
2. Kapitel	
Entwicklung der Apotheken- und Arzneimittelgesetzgebung	
A.) Ableitung des Rechts zur Gesetzgebung in Tanganyika	159
B.) Opiumgesetzgebung	161
C.) "The Pharmacy and Poisons Ordinance"	162
D.) Arzneibücher	166
E.) Der unkontrollierte Handel mit Patentmedizinen	167
3. Kapitel	
Pharmazeutische Institutionen	
A.) "Pharmacy and Poisons Board"	170
B.) "The Pharmaceutical Society of East Africa"	172

	Seite
4. Kapitel	
Apotheker in Tanganyika	174
5. Kapitel	
"The Central Medical Store" in Dar-es-Salaam	178
6. Kapitel	
Arzneimittelversorgung des Tanganyika-Territoriums	
A.) Staatliche Versorgung	191
B.) Arzneimittelversorgung der Missionen	197
C.) Apotheken	198
D.) Indische und Afrikanische Gemischtwarenhandlungen (Duka)	205
ZUSAMMENFASSUNG.	209

ANHANG

	Seite
I.) Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika. Vom 12. Januar 1911	211
II.) Ausführungsbestimmungen für Deutsch-Ostafrika zur Verordnung des Reichskanzlers betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas. Vom 27. Juni 1911	219
III.) Regierungsapotheker in Deutsch-Ostafrika	258
IV.) Apotheken in den deutschen Schutzgebieten, Stand August 1914	259
V.) Tabellarische Übersicht über Pharmazeutische Verordnungen und Erlasse in Deutsch-Ostafrika	260
VI.) Statistische Übersicht über die Anzahl der in Tansania registrierten Apotheker, 1920 bis 1964	262
VII.) Apothekenregister von Tansania von 1918 - 1965	263
VIII.) Tabelle über die Einfuhr pharmazeutischer Produkte aus der BRD in Gegenüberstellung zur Gesamteinfuhr aus der BRD und der Gesamteinfuhr pharmazeutischer Produkte aus aller Welt. 1949-1964, aufgeschlüsselt für die Länder Tansania, Kenya und Uganda	266
IX.) Übersicht zur Geographie, Geschichte und Wirtschaft Tansanias	268
X.) Die Hauptdaten des Feldzuges in Deutsch-Ostafrika von 1914 bis 1918	272
LITERATURVERZEICHNIS	275
ABBILDUNGSNACHWEIS	282

S I G L E N V E R Z E I C H N I S

A Az. D O A	= Amtlicher Anzeiger für Deutsch-Ostafrika, Dar-es-Salaam.
An. Med. Rep.	= Annual Report of the Medical Department of Tanganyika, seit 1962 Annual Report of the Ministry of Health of Tanzania, Dar-es-Salaam.
Dtsch. Apoth. Ztg.	= Deutsche Apothekerzeitung, vor 1934 Apo- thekerzeitung.
D O A R Sch.	= Deutsch-Ostafrikanische Rundschau, Dar-es- Salaam.
D O A Ztg.	= Deutsch-Ostafrikanische Zeitung, Dar-es-Salaam.
Dtsch. Kol. Bl.	= Deutsches Kolonialblatt, Amtsblatt für die Schutzgebiete in Afrika und der Südsee, Berlin.
E A P O Gaz.	= East-Africa Protectorate Official Gazette, Nairobi.
K O Gaz.	= Kenya Official Gazette, Nairobi.
Ksl. GA	= Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte, Berlin.
Med. B S G	= Medizinalberichte über die deutschen Schutzge- biete, Berlin.
N A T E F	= National Archives of Tanzania, English Files, Dar-es-Salaam.
N A T G F	= National Archives of Tanzania, German Files, Dar-es-Salaam.
Pharmaz. Zh.	= Pharmazeutische Zentralhalle
Pharmaz. Ztg.	= Pharmazeutische Zeitung
R G G	= Religion in Geschichte und Gegenwart, Tübingen 1927.
T T O Gaz.	= The Tanganyika Territory Official Gazette, Dar-es-Salaam.
Us. Post	= Usambara Post, Tanga.

ERRATA !

Seite 2, Anmerkung 6,	lies: adjektivisch
Seite 4, Anmerkung 13,	lies: uchawi
Seite 5, Anmerkung 16,	lies: may make
Seite 6, Zeile 22,	lies: Strafe
Seite 10, Zeile 19	lies: mganga
Seite 14, Zeile 9,	lies: inyanga
Seite 14, Anmerkung 16,	lies: ganga
Seite 17, Zeile 3,	lies: von dem Glauben
Seite 17, Zeile 7,	lies: ergaben
Seite 28, Zeile 13,	lies: ambari
Seite 30, Zeile 6,	lies: kulangwile miji
Seite 32, Zeile 19,	lies: Dies geschieht <u>nicht</u> unbedingt
Seite 33, Absatz 1, Zeile 1,	lies: Zahnheilkunde
Seite 134, Anmerkung 29,	lies: Maurui
Seite 135, Absatz 3, Zeile 5,	lies: Rufiji
Seite 182, Zeile 7,	lies: 1945
Seite 204, D, Zeile 1,	lies: das Odium
Seite 230, Zeile 25,	lies: mit statt "mein"
Seite 278, unter Klatt, Günter	lies: History of Pharmacy in Kenya. The East- African Pharmaceutical Journal. (1966), 80f.
Seite 278, unter Meyers	lies: Handbuch über Afrika. Mannheim 1962

VORWORT

Die Idee, diese Untersuchung zur Apothekengeschichte Tansanias vorzulegen, ist an sich die Folge eines Mißverständnisses. Ausgerüstet mit einem Stipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes, ging ich Ende 1964 nach Tansania, um die pharmazeutische Seite der Praktiken traditioneller afrikanischer "Heiler" - das Wort Mediziner sei aus bestimmten Gründen, auf die in der Einführung noch hingewiesen wird, vermieden - zu untersuchen. Es hatte sich nämlich beim Durchsehen der einschlägigen Literatur zur afrikanischen Heilkunde ergeben, daß hier kaum Fachvertreter zu Worte gekommen waren, sondern das Meiste aus nahe-
liegenden Gründen aus der Feder von Missionaren und Ethnologen und nur mutatis mutandis von Medizinern stammt. Pharmazeuten sind dabei bis auf den schweizer Apotheker F. Haerdi meines Wissens so gut wie nicht vertreten. So erschien es verlockend, diese Lücke zu schließen.

Es sollte sich jedoch an Ort und Stelle erweisen, daß das Unternehmen nicht so leicht durchzuführen war, wie nicht nur ich gehofft hatte. Drei Gründe sind hierfür verantwortlich:

1) Es genügt nicht, nur die Verkehrssprache Ostafrikas, Kiswaheli, zu beherrschen, sondern dringend erforderlich sind Kenntnisse in der Sprache der einzelnen Stämme, in deren Gebieten man arbeiten will.

2) Es ist kaum noch möglich als Einzelperson Wesentliches zu entdecken und zu ergründen. Dinge, die sich oberflächlich dem Beschauer oder Zuhörer darbieten, sind fast ausnahmslos schon beschrieben. Die Subtilität, mit der man heutzutage vorgehen hat, erfordert die Zusammenarbeit innerhalb eines Teams.

3) Forschungen auf dem Gebiet der afrikanischen Heilkunde sind derart komplex, vor allem hinsichtlich der Schwierigkeiten, geeignete Vertrauenspersonen zu gewinnen, daß es für einen Neuling allein schon eines verhältnismäßig langen Zeitraums der Einarbeitung bedarf. Für Forschungen, die sich nicht damit begnügen, nur manuelle Tätigkeiten aufzuzeichnen, sollte man deshalb wohl mindestens fünf Jahre veranschlagen.

Aus diesen Problemen, deren Nichterkennen schon in Deutschland ich als ein Mißverständnis bezeichnen muß, ergab sich, mit ihnen in Tansania konfrontiert, die Notwendigkeit, dem Stipendium auf andere Weise einen Sinn zu geben. Ein glücklicher Zu-

fall machte mich mit dem englischen Medizinhistoriker David F. Clyde, der 1964 als Deputy Chief Medical Officer im Gesundheitsministerium von Tansania arbeitete, bekannt. Dieser hatte 1962 eine Geschichte des Medizinalwesens von Tansania, in der er sich in erster Linie überaus positiv mit den Leistungen während der deutschen Schutzherrschaft auseinandersetzte, abgeschlossen. Es erschien auch ihm sinnvoll, einen ähnlichen Versuch auf dem pharmazeutischen Sektor zu wagen. Zugleich bat er mir seine Hilfe bei der Durchführung an.

Nach Schilderung dieser Zusammenhänge fand ich bei meinem Doktorvater, Prof. Dr. R. Schmitz, und dem Deutschen Akademischen Austauschdienst volles Verständnis für das neue Vorhaben, mit dem ich im Frühjahr 1965 beginnen konnte. Unglücklicherweise war kurz zuvor D.F. Clyde abberufen worden, um die Leitung eines Instituts für Entomologie in den Vereinigten Staaten zu übernehmen. Wenn er mir auch einiges an Literatur überließ und mich mit Ratschlägen und Informationen versah, sah ich mich doch in der folgenden Zeit auf eigene Füße gestellt. Eine besondere Schwierigkeit stellte sich bald insofern ein, daß es anscheinend kein Archivmaterial über das deutsche Medizinalwesen mehr gab. Mit Hilfe des damaligen "Director of the National Archives of Tansania", Michael Cook, gelang es mir dennoch nach langer Suche, einige Aktenfragmente zu Tage zu fördern, die sich mit dem Medizinalwesen befaßten. Aber nur vereinzelt konnte aus diesen, die auf Mikrofilm aufgenommen und dem Institut für Pharmaziegeschichte in Marburg zur Verfügung gestellt wurden, etwas über das Apothekenwesen des ehemaligen deutschen Schutzgebietes herausgezogen werden. Ergiebiger gestalteten sich dagegen einige Aktenfragmente, die ich in einem Nebenraum des Nationalmuseums in Dar-es-Salaam auffand. In ihnen waren mehrere Briefwechsel und Gutachten aus der deutschen Gouvernementsapothekerei zusammengeheftet worden, die sehr aufschlußreich die Arbeit des Regierungsapothekers, insbesondere von Dr. R. Schulze, der diesen Posten mit einer kurzen Unterbrechung von 1910 - 1918 bekleidete, illustrieren und deswegen in Kapitel 2 eingehende Berücksichtigung finden. Einige andere Angaben waren noch den Akten der Finanzverwaltung zu entnehmen.

Es erscheint mir nötig, an dieser Stelle etwas zur Gesamtsituation des Archivgutes aus deutscher Zeit zu sagen. Dieses wurde nach Aufgabe Dar-es-Salaams teilweise nach Tabora ausgelagert und dort vergraben. Nach dem ersten Weltkrieg bemühten sich die Engländer vor allem darum, Kataster- und sonstige verwaltungstechnische Akten, an

die sie in ihrer Administration unmittelbar anzuknüpfen suchten, in Besitz zu bekommen. Akten des Medizinalreferats gehörten jedoch unglücklicherweise nicht dazu. Die Situation auf diesem Gebiete wurde dadurch völlig desolat, weil man später einen Teil der Akten, die niemals einheitlich zusammengefaßt gewesen waren, sondern sich verstreut in mehreren Häusern, deren Böden ich teilweise durchstöberte, befanden, verbrannte. Letzteres geschah nicht nur mit deutschen, sondern auch mit englischen Akten. Weiterhin litt das Archivmaterial bei der unsachgemäßen Lagerung unter Insekten- und Mäusefraß sowie dem feuchtwarmen Tropenklima. Daß unter diesen Umständen überhaupt noch etwas aufgefunden werden konnte, muß als glücklicher Zufall gewertet werden.

Neben den verhältnismäßig spärlichen Archivalien stützt sich die Arbeit vor allem auf amtliche Bekanntmachungen, während der deutschen Schutzherrschaft im "Amtlichen Anzeiger für Deutsch-Ostafrika" und für die englische Verwaltungszeit in "The Tanganyika Territory Official Gazette". Um die Kapitel über die Gouvernementsapothekensysteme respektive "Central Medical Stores" - beiden Institutionen kommt in der Arzneimittelversorgung der ehemaligen Kolonien und Mandatsgebiete, den jetzigen unabhängigen afrikanischen Staaten, eine besondere Bedeutung zu - vervollständigen zu können, wertete ich noch die Medizinalberichte über die Deutschen Schutzgebiete und "The Medical Department Annual Reports of Tanganyika" aus.

Um ein einigermaßen abgerundetes Bild über das öffentliche deutsche Apothekenwesen zu gewinnen, mußte in verhältnismäßig großem Umfang auf Mitteilungen in der Fachpresse und die Besprechung von Tagesereignissen in den drei in Ostafrika erscheinenden deutschen Zeitungen, die mir in der Universitätsbibliothek von Dar-es-Salaam vollständig zugänglich gemacht werden konnten, zurückgegriffen werden. Glücklicherweise konnte ich deren Wahrheitsgehalt aufgrund von Gesprächen mit den ehemaligen Kolonialapothekern Walter Hochstetter, Tübingen, und Alfred Dörffel, Hamburg, nachprüfen. Eine ähnlich wertvolle Hilfe gewährte mir der Sohn des ehemaligen Konzessionsinhabers der Reichsadlerapothekensysteme in Dar-es-Salaam, Herr Oberfeldapotheker H. W. Stietzel, Königswinter.

Ein Freund der Familie Stietzel, der Apotheker Josef Ketteler, promovierte 1941 in Jena bei Prof. O. Keller mit einer Arbeit über den Arzneimittelverkehr und das Apothekenwesen in den deutschen Kolonien, deren wissenschaftlicher Wert jedoch

kritisch beurteilt werden muß. Einmal wird der geringe Umfang von 55 Seiten dem Gesamtkomplex der deutschen Kolonialpharmazie, ohne Wesentliches zu vernachlässigen, nicht gerecht, zum andern fehlen der Arbeit entsprechende Anmerkungen, an Hand derer sich die Angaben nachprüfen lassen. So wird, um nur einiges zu nennen, der Komplex der Regierungsapotheke fast vollkommen vernachlässigt und die Entstehung der Reichsadlerapotheke falsch dargestellt. Abzulehnen ist darüber hinaus noch die eindeutig nationalsozialistische Tendenz der Arbeit, die in der Zuversicht gipfelt¹⁾, Deutschland werde es unter dem "Führer" gelingen, den geraubten Platz unter der Sonne Afrikas zurückzugewinnen. Daß trotzdem häufiger auf diese Arbeit verwiesen wird, findet seine Begründung darin, daß Ketteler noch die Bestände des Reichsarchivs in Potsdam zugänglich waren, was mir aufzusuchen, leider nicht genehmigt wurde. Davon abgesehen, glaube ich jedoch, alle Bestände, Quellen und Angaben, die interessante Nachrichten versprochen, ausgewertet zu haben. So konnte aufgrund einer Verlängerung des Stipendiums auch noch Material aus Kenia zum Vergleich herangezogen werden. Einige spezielle Fragen wie die Geschichte der Firma Howse & Mc George und das häufige Vorkommen bestimmter indischer Apothekernamen sind mir von den Mitgliedern der "Pharmaceutical Society of East Africa" beantwortet worden. Mehrere Vorträge und einige Artikel in dem Fachblatt "The Pharmaceutical Journal of East-Africa" trug mir die Ehrenmitgliedschaft dieser Gesellschaft ein.

Hinsichtlich des Aufbaus der Arbeit sei auf folgendes hingewiesen: In der Einleitung schlagen sich rudimentär Gedanken und Erarbeitetes zu dem ursprünglichen Thema nieder. Dies geschieht aus der Erkenntnis, daß auch heute noch ein großer Teil der tansanianischen Bevölkerung der europäischen Medizin ablehnend gegenübersteht und mit einem geordneten Apothekenwesen noch keine Bekanntschaft gemacht hat. Will man nämlich dem Titel der vorliegenden Arbeit, die die Arzneimittelversorgung mit umfassen will, gerecht werden, so kommt einer Einführung in die afrikanische Heilkunde insofern ein Platz zu, als eben viele Afrikaner ihren Bedarf an Heilmitteln, gleich welcher Art, noch in althergebrachter Weise decken. Außerdem wird ange-

1) KETTELER (1941), 8.

deutet, wie völlig anders ein Afrikaner europäische Medizinen betrachten kann. Andererseits erschien es notwendig, den Kapiteln über die Pharmazeutische Gesetzgebung in Deutsch-Ostafrika und Tanganyika einen einleitenden Abschnitt über die Ableitung des Rechts, Verordnungen zu erlassen, ohne die z.B. die Andersartigkeit der Zulassungsbestimmungen im Mandatsgebiet Tanganyika nicht erklärlich ist, voranzustellen. Bezüglich der Geschichte des Landes und sonst wichtiger Daten sei auf den Anhang verwiesen. Dieser soll einmal die Aufgabe erfüllen, sich anhand von tabellarischen Übersichten schnell zu informieren und zum anderen einen bescheidenen Beitrag zu einem Urkunden- und Quellenbuch über das deutsche Apothekenwesen zu liefern.

In diesem Sinn ist mir besonders darangelegen, mit dieser Untersuchung auf die Tätigkeit deutscher Apotheker außerhalb ihrer Heimat hinzuweisen. Es stünde zu hoffen, daß ihrer mehr als bisher gedacht wird, da sich ihr Wirken nicht nur auf die ehemaligen Schutzgebiete begrenzt, sondern sich ebenfalls in Südamerika sowie in Australien und Abessinien nachweisen läßt.

Zwei Ereignisse, die der Arbeit an diesem Thema einen besonderen Reiz verliehen, fielen in die Zeit des Niederschreibens. Es ist der fünfzigste Jahrestag des Endes der deutschen Verwaltungstätigkeit in Deutsch-Ostafrika am 25. November 1917²⁾ und der 100. Geburtstag des Begründers des deutsch-ostafrikanischen Apothekenwesens, Prof. Dr. Gustav Giemsa (geb. 20. November 1867), dessen hiermit besonders gedacht werden soll.

Zum Abschluß bleibt mir nur noch die erfreuliche Pflicht, allen denen zu danken, die mir bei meiner Arbeit behilflich waren. Zu den schon erwähnten Namen möchte ich noch den des "Chief-Pharmacist of Tansania", J. Carey, den ich häufiger begleiten durfte, und der mir Unterlagen im Gesundheitsministerium und Muhimbili-Hospital zugänglich machte, hinzufügen.

2) An diesem Tag überschritt die Schutztruppe den Rovuma nach Portugiesisch-Ostafrika.

EINLEITUNG:

ZUR EINFÜHRUNG IN DIE PROBLEMATIK AFRIKANISCHER HEILKUNDE

Die Einstellung des Afrikaners zur Krankheit

Aufgrund unseres Verständnisses kausaler Zusammenhänge wird im allgemeinen Sprachgebrauch zwischen einem Unfall - man spricht von jemanden, der von einem Gerüst herunterstürzt, nicht als von einem Kranken, sondern man sagt, er habe einen Unfall gehabt - und einer Krankheit, die u.U. eine mit dem bloßen Auge nicht wahrnehmbare Ursache hat, unterschieden.

Der Afrikaner kennt eine derartige Differenzierung nicht, er weiß z.B. nichts von Avitaminosen, von Verkümmern innerer Organe und auch nichts von Ansteckung in dem uns geläufigen Sinne. Für ihn bedeuten Krankheit und Unfall dasselbe, nämlich Minderung seiner Lebenskraft.¹⁾ Placide Tempels, ein katholischer Missionar im Kongo, versuchte in seiner Bantuphilosophie ein Denksystem auf diesem Begriff der Lebenskraft aufzubauen. Er kam zu dem Ergebnis,²⁾ daß der Seinsbegriff der Bantu im Gegensatz zu dem abendländischen, den er als statisch auffaßt, dynamisch sei. Das Sein bedeute nicht nur, sondern sei Kraft, "force vital", wie er es nennt, oder "spiritual energy" bei Parrinder.³⁾ Nach Tempels ist für die Bantu: "Jede Krankheit, jede Wunde, jedes Mißgeschick, alle Leiden, jede Erschöpfung, jede Ermüdung, jede Ungerechtigkeit, jeder Fehlschlag Seinsminderung und wird als Herabsetzung der Lebenskraft betrachtet und als solche auch bezeichnet."

Es soll nicht erörtert werden, inwieweit in diesem Zusammenhang von einer Philosophie gesprochen werden kann, doch auf den Begriff der Lebenskraft, der für das Verständnis afrikanischer Vorstellungen von elementarer Bedeutung ist, muß näher eingegangen werden.

Nicht erst Tempels spricht von Lebenskraft, sondern weder der Religionswissenschaft⁴⁾ noch der Völkerkunde ist dieser Begriff fremd. Er findet sich als "Mana" bei den

1) TEMPELS (1956), 23.

2) TEMPELS (1956), 27.

3) PARRINDER (1963), 182.: Africans believe in the existence of a spiritual energy, sometimes called "vital force" or "dynamism".

4) R G G (1927), III, 1277 - 1279.: In Afrika ist der weitläufigere Erklärungsversuch für Krankheit der, daß böse Geister in den Menschen gefahren sind und an seiner Lebenskraft zehren.

Melanesiern oder "Orenda" bei den Indianern Nordamerikas, ebenso wie als "Ngai" bei den Massai. Heiler ⁵⁾ setzt "Orenda" mit $\delta\acute{\upsilon}\nu\alpha\mu\iota\varsigma$ gleich und spricht von einer "mystischen Kraft", die in Steinen, Bergen, Pflanzen, Bäumen, Tieren, Gewässern, Wolken, Amuletten und Menschen, insbesondere den Medizinmännern vermutet werde.

Die Vorstellung des Afrikaners von der Krankheit unterscheidet sich nicht sehr in ihren Fundamenten von der unseren ⁶⁾, sondern mehr dadurch, daß dieses Denken heute noch vorherrschend ist. Und nicht zuletzt aus diesem Grunde ist es von immenser Wichtigkeit, in Afrika Gesundheitserziehung durchzuführen. Solange der Afrikaner nicht den naturwissenschaftlich begründeten Ablauf von Ursache und Wirkung ⁷⁾ kennt, kann ihm die abendländische Medizin nur kurativ helfen: erfolgreiche Prophylaxe setzt gewißermaßen das Schwinden dynamistischer Weltauffassung voraus.

Die Ursachen einer Krankheit können mannigfacher Art sein, lassen sich aber immer auf das Grundprinzip des Schwindens von Lebenskraft zurückführen, d.h. Krankheit ist Abnahme der Lebenskraft. Aber es bleibt zu untersuchen, wie es zu dieser Abnahme kommt. Dem Afrikaner ist beispielsweise die Kausalität klar, die darin liegt, daß ein Mann deshalb starb, weil er auf einen Baum und dort auf einen toten Ast stieg und mit diesem herunterstürzte. Doch die Tatsache des Absturzes ist für ihn nicht als Ursache von Bedeutung, sondern wichtiger ist die Frage, warum es gerade dieser Mann war, der auf den Baum stieg. Hatte er einen moralischen Fehltritt begangen, der auf diese Weise von den Göttern bestraft wurde, oder ein Tabu übertreten, und war auf diese Weise die natürliche Ordnung wieder hergestellt worden?

5) HEILER (1961), 32.

6) Auch im Germanischen findet sich der Lebenskraftbegriff. "Heil" bedeutet aktivisch ganz ungebrochen und substantivisch Kraft. "Heilag" ist mit Kraft erfüllt. Heiler (1961), 29 f.

7) FORDE (1965), 59.: Where the Africans have differed from the Europeans, who have recently come among them has been in the depth and rage of their collective knowledge of natural process and in the degree of control and security that they could thereby command.

Eine andere wichtige Krankheitsursache ist der böse Blick.⁸⁾ Während eines längeren Aufenthaltes bei den Wambugwe am Süden des "Lake Man-yara" (im ostafrikanischen Grabenbruch in Tansania) fand ich die Angaben von Robert F. Gray⁹⁾ bestätigt, daß der Glaube an den bösen Blick weiterhin verbreitet sei. Die Wambugwe sagen, daß viele Krankheiten dadurch verursacht würden, daß ein Zauberkundiger - dieses kann an sich jeder sein, da man einen Menschen nicht ansieht, ob er zauberkundig ist - auf einen bestimmten Gegenstand geblickt hat. So hängen z.B. Charakter und Schwere einer Krankheit oft von der Art der Speise, die verzaubert wurde, ab. Dabei gilt als besonders schwerwiegend, wenn ein Blick während der Einnahme des Essens auf ihr ruht. Süße Kartoffeln verursachen ein leichtes Schwellen des Abdomens, Fleisch verursacht schwere Erkrankungen der Brust oder des Rectums, verzaubertes Wasser Unwohlsein und die Einnahme verzauberter Butter gibt Anlaß zu den schlimmsten Befürchtungen, da ihre Folge Lepra sein soll. Speisevorräte nehmen die Verzauberung kaum an, auch würde keiner einen bösen Blick darauf werfen, da man ja nicht unbedingt die gewünschte Person trifft. Ausserdem gelten die Hauptnahrungsmittel wie Sorghum, grünes Gemüse etc. nicht als geeignete Vehikel für die Übertragung einer Krankheit aufgrund des bösen Blicks. Häufig konnte ich beobachten, daß Afrikaner, die uns als Führer dienten oder aus der Nachbarschaft kamen, um unser Lager zu besuchen, sich zum Essen hinter einen Busch verzogen bzw. ihr togaartiges Gewand um den Kopf schlangen, um sich so beim Essen vor den Blicken anderer zu verbergen. Auch wenn das Essen in Gemeinschaft eingenommen wird, kennen manche Stämme einen besonderen Platz oder ein besonderes Haus für die Mahlzeiten.

Die weitaus häufigste Erklärung für eine Krankheit ist die Vorstellung, daß der Mensch mit dem Kraftbereich übersinnlicher Mächte von Ahnen, Geistern, Göttern, Dämonen, Totengeistern, kurz: mit irgendeiner Überlegenheit¹⁰⁾ kollidiert. In erster Linie könnte man dabei an die verschiedenen Formen von Geistesgestörtheit

8) DAMMANN (1963), 8.

Der "böse Blick" spielt weit über Afrika hinaus seine Rolle. Daher schickt es sich nicht, daß sich ein Unbeteiligter in einer Gemeinschaft aufhält, da er mit einem Blick das Essen magisch verderben könnte.

9) GRAY (1963), 143.

10) R G G (1927), III, 1277.

DAMMANN (1963), 80.: Zu dem Besonderen, das von einer Überlegenheit gesandt wird, gehören auch die Erscheinungen, die das wünschenswerte Gleichgewicht der Kräfte auseinanderbringen. Hier sind vor allem Krankheiten, Todesfälle und Unregelmäßigkeiten im Jahresablauf, z.B. Dürre oder Naturkatastrophen zu nennen. Als Ur -

denken, die recht augenfällig bei den Wasuaheli als " -enye wazimu = geistesgestört sein" und "shikwa na pepo = besessen sein" bezeichnet werden. Dammann ¹¹⁾ gibt dazu noch eine weitere Erklärung: "Die letzte Erscheinung (shikwa na pepo) bedeutet wörtlich "von einem Geist gepackt sein" und weist auf einen selbständig wirkenden Geist eigenen Gepräges, der temporär von dem Menschen Besitz ergreift und meistens nur durch besondere Maßnahmen entfernt werden kann, hin. Die erste Bezeichnung lautet wörtlich "besitzend Geister" und deutet et ymologisch auf Ahnengeister, wenngleich dieser Zusammenhang den Menschen heute nicht immer bewußt sein dürfte. Wahrscheinlich besteht auch medizinisch ein Unterschied, wobei shikwa na pepo mehr im psychischen Bereich liegt, während es sich bei -enye wazimu um eine Hirnerkrankung handelt."

Während also jedes Unglück zwei Fragen aufwirft, nämlich wie und warum es geschah, und letzteres zum eigentlichen Kernproblem wird, so stellt der Afrikaner bei der Geisteskrankheit die erste Frage kaum noch. Er verstärkt vielmehr seine Bemühungen, das Warum zu ergründen: Habe ich ein Tabu übertreten, habe ich den Göttern nicht die schuldige Ehrfurcht zuteil werden lassen, habe ich meine Ahnen gekränkt oder den Totengeistern nicht die rechte Speise zukommen lassen? Es interessiert eben nie die Krankheit an sich, sondern der Grund, und danach richtet sich letztlich auch die Behandlung.

Eine andere Ursache und zugleich die verhängnisvollste ¹²⁾ nicht für den Kranken selbst, sondern für den Mitmenschen liegt in der Übertragung von bösen Kräften. Mittel hierzu ist der Zauber oder die Magie, bei den Wasuaheli ¹³⁾ "uchawi, ulozi" oder "usihiri" genannt, im Englischen witchcraft, wizardry oder sorcery.

sache kann eine unpersönliche Überlegenheit angenommen werden.

11) DAMMANN (1963), 19.

Vgl. Achchazu, ein Dämon in Babylonien, der auch der "Packer genannt wird. MEISSNER (1925). II, 201.

12) WILSON, Monica: Präambel zu "Witchcraft and Sorcery in East Africa":

I see witch - beliefs as the standardized night mares of a group ...

Einleitung zu PARRINDER (1963), 13.: Noch im modernen Afrika ist der Glaube an Zauberei eine große Tyrannei, die Panik und Tod verbreitet.

HUNTINGFORD (1963), 182.: In all ages innocent people have had to suffer as witches ...

13) HÖFTMANN (1963), uchawi, usihiri, ulozi.

Dem Fragenkomplex: Zauberei als Ventil, um Spannungen innerhalb einer Gemeinschaft zu lösen, hat vor allem die angelsächsische Anthropologie seit Evans-Pritchard ¹⁴⁾ erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet. Wenn auch im englischen Sprachgebrauch nicht streng zwischen witchcraft und sorcery unterschieden wird, so fordert Evans-Pritchard doch, ¹⁵⁾ daß klar unterschieden werden müsse zwischen böser Magie oder sorcery = Zauberei, die sich verschiedener Arten von Magie bedient, um den Mitmenschen zu töten oder krank zu machen, und der witchcraft = Hexerei, wobei kein Ritus eingehalten, keine Verwünschung ausgerufen und keine Medizin gebraucht werde ¹⁶⁾. Demnach hat der Afrikaner zwei Möglichkeiten, die Ursache seiner Krankheit zu vermuten: Einmal mag sie hervorgerufen sein durch Zauberei, zum anderen durch Hexerei, aber beide Male ist der Schuldige innerhalb der menschlichen Gemeinschaft zu suchen, und so gibt es immer Anlässe zu einer Unzahl von Anschuldigungen. Denn damit einer geheilt werden kann, muß derjenige gefunden werden, der dem Kranken das Unheil zugefügt hat, um ihn zu bitten oder zu zwingen, seine Zauberei rückgängig zu machen.

Es ist falsch, sich eine afrikanische Dorf- oder Eingeborenengemeinschaft als spannungslose, glückliche Einheiten, wie es in manchen idealisierenden Darstellungen über primitive Völkerstämme geschieht, vorzustellen. Innerhalb derartiger Einheiten bestehen unzählige Kontroversen, die ihren Grund in den soziologischen Verhältnissen haben. So ist die Frage bedeutsam, ob eine Gemeinschaft patrilinear oder matrilinear, uxrilocal oder virilocal organisiert ist. In diesem System liegt die Linie vorgezeichnet, in welcher Richtung sich eine

14) EVANS-PRITCHARD wurde vor allem bekannt, durch sein grundlegendes Werk: *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. London 1937.

15) In der Einleitung zum wissenschaftlichen Journal "Africa" von 1935. In diesem Jahr wurde eine Sondernummer über Zauberei in verschiedenen Teilen Afrikas herausgebracht. Siehe PARRINDER (1963), 13.

16) PARRINDER (1963), 13.: There is much loose discussion about witchcraft. We must distinguish between bad magic (or sorcery) and witchcraft. Many African peoples distinguish clearly between the two and for ethnological purposes. We must do the same. (Evans-Pritchard in Einleitung zum Journal Parrinder S. 14. Evans-Pritchard führt dann weiter aus: A witch performs no rite, utters no spell, and possesses no medicine. An act of witchcraft is a psychic act. The sorcerer on the other hand may make magic to kill his neighbours. The magic will not kill them but he can, and no doubt often does, make it with that intention.)

Anklage erhebt. Kommen z.B. Frauen durch Ehe in ein Dorf, so werden sie häufig als Fremdkörper betrachtet und geraten leicht in den Verdacht, des Zaubers bzw. der Hexerei mächtig zu sein. Eine andere große Rolle spielt das Wirtschaftsleben einer Gemeinschaft, und zwar nicht nur in Bezug auf dessen Form, d.h. ob Ackerbau, Viehzucht oder Jagd betrieben wird, sondern auch hinsichtlich der Person des Verdienenden. Verdient z.B. die Frau oder der Mann das Geld, geschieht dies innerhalb der Gemeinschaft oder außerhalb etwa als Hausboy in der Stadt oder als Soldat in der Armee, so hat das Konsequenzen grundsätzlicher Art, die bei Anklagen wegen Hexerei und Zauberei eine Rolle spielen. Mit dem Aufkommen neuer sozialer Verhältnisse in Afrika muß damit gerechnet werden, daß sich derartige Anklagen noch steigern.¹⁷⁾ So dient der Glaube an übernatürliche Dinge bei den Gusi'¹⁸⁾ in der Hauptsache als Erklärung für jede Unannehmlichkeit, wie Tod, Krankheit und wirtschaftliche Schwierigkeiten. Ferner ist bei den Anklagen nicht entscheidend, daß sie von der betroffenen Person selbst vorgenommen werden - was im Falle des Todes oder einer schweren Krankheit ja auch nicht möglich ist -, sondern häufiger noch werden sie von Schwestern, die sich in einer matrilinearen Gesellschaft um Erbe oder Herrschaft streiten, oder von Erstfrauen gegen spätere hervorgebracht. Bevor noch gründlichere ethnologische Untersuchungen hierüber vorlagen, hat sich vornehmlich die englische Kolonialregierung dieser Frage angenommen und schon 1925 in Kenia eine "Witchcraft Ordinance"¹⁹⁾ erlassen, in der gemäß § 6 jeder Person, die jemanden anklagt oder mit Anklagen bedroht, weil sie eine Hexe sei bzw. derartige Praktiken benutze, eine Strafe von 500 Schillingen oder Gefangenschaft von nicht mehr als 5 Jahren in Aussicht gestellt wird. Diese Verordnung kann nicht als unbedingt glücklich bezeichnet werden, da hinfort Spannungen nicht mehr offen ausgetragen werden konnten, sondern im Verborgenen weiterschwellten.

Wie stellt sich der primitive Afrikaner nun vor, auf welche Weise ihm fremde Kräfte, seien es Ausflüsse übersinnlicher Wesen oder eines Nachbarn, schaden könnten? Dies geschieht nach seiner Meinung auf magische Weise, wobei Magie als in Praxis umge-

17) MIDDLETON, WINTER (1963), 20 f, 25.
18) FONTAINE (1963), 218 f.

18) le VINE (1963), 224.

19) LAWS OF KENYA (1962), Chapter 67.: The Witchcraft Ordinance, 12. November 1925.

setzte dynamistische Weltauffassung²⁰⁾ zu definieren ist und hinzugefügt werden muß, daß es offenbar bis heute noch nicht gelungen ist, diesen Begriff endgültig zu fassen. Heiler gibt vier Theorien an:²¹⁾

- 1.) Magie als Vorläuferin der Religion,
- 2.) die Religion ist nach dem Fehlschlag der Magie, die auf kausalem Denken beruht, als Versöhnung persönlicher Mächte entstanden (Frazer),
- 3.) Religion als Umgang mit persönlichen Wesen und Magie als Umgang mit unpersönlichen Kräften gehen auf eine gemeinsame Wurzel zurück (Marett),
- 4.) Magie stellt eine Entartung der Religion dar. (W. Schmidt)

Dieser letzten Auffassung schließt sich Heiler selbst im wesentlichen an, indem er Magie unterschieden wissen will von naiven Zauberhandlungen, wie Bildzauber, Regenzauber etc. als deren Wurzel er einen naiven Illusionismus des Primitiven ansieht. Magie dagegen sei als bewußte und berechnende Kunst einiger weniger zu verstehen und stelle einen Dekadenzprozeß des Religiösen dar. Ihr Wachsen gehe Hand in Hand mit der Entseelung, Erstarrung und Entleerung der Religion. Heiler faßt den Begriff Magie wohl etwas eng, indem er mehr von der Warte eines christlichen Religionshistorikers im Verhältnis zu der vom Mittelalter überkommenen Vorstellung urteilt. Magie scheint aber darüberhinaus der Versuch des Primitiven, sein Verhältnis zur Übernatürlichkeit rationell zu erfassen und zu manipulieren, zu sein. Es ist eine Aktivierung des "Ichs", das hier zum Subjekt wird im Gegensatz zur Religion, wo das "Ich" Objekt ist und im Glauben eine passive Haltung einnimmt. So kann schon das Vollbringen von guten Werken im Katholizismus im Grunde als magisches Handeln interpretiert werden. Es ist, auch wenn es nicht als "do ut des" verstanden werden soll, der Versuch, Gott aktiv zu beeinflussen. Die Fragen nach dem zeitlichen Ablauf von Religion und Magie erscheint dagegen bedeutungslos, da es kaum gelingen wird, einen Nachweis für die Priorität der einen oder anderen zu erbringen.²²⁾

20) R G G (1927), III, 1839.

21) HEILER (1961), 26.

22) SÖDERBLOM (1931), 20.: Der grundlegende Unterschied zwischen Religion und Macht ist, daß sich der Mensch bei der ersteren an die "Macht" oder die Mächte als an etwas Höheres mit Bitten und Unterwerfung wendet, während er bei der Magie die Macht ohne Ehrfurcht und religiöse Furcht, bloß als ein Werkzeug behandelt. Dieser Unterschied ist auf der primitiven Stufe unmöglich oder schwer festzuhalten.

Man kann verschiedene Arten von Magie unterscheiden:

1) einfachste Kraftübertragung,²³⁾ wenn Manasteine neben einen Baum gelegt werden, oder wie Haerdi im Ulanga-Distrikt beobachtete, daß einer Drogen - abkochung gegen Malaria und Dysmenorrhoe ein Quarzstein (nach Aussage des Medizinmannes ein vom Himmel gefallener Meteorit) beigelegt wurde.²⁴⁾ Nach Haerdi soll dieser Stein den erhofften göttlichen Beistand symbolisieren, durch den die Heildrogen erst wirksam sein konnten. Es ist hier aber wohl an eine Kraftübertragung zu denken, die von dem Stein direkt ausgeht. Derartige Beispiele lassen sich ohne Schwierigkeiten vermehren, so, wenn die Galla ihren bloßen Fuß auf eine Schildkröte stellen, um harte Sohlen zu bekommen. Auch in Norddeutschland kennt man noch Relikte dieses Denkens, wenn Kinder zu Ostern mit einem grünen Birkenzweig geschlagen werden, damit die Kraft des jungen Reissigs die Lebenskraft vermehre.

Eine andere Stufe der Kraftübertragung geht direkt von Mensch zu Mensch; da der Körper in allen Teilen kraftgeladen ist.²⁵⁾ Hierin muß auch der Ursprung des Kannibalismus gesucht werden, dessen Grundgedanke auf eine Aneignung der gegnerischen Lebenskraft hinweist, die auch das rituelle Verspeisen, wozu es im Kongo besondere Geräte gab, erklärt. Daneben gibt es noch besonders ausgezeichnete Menschen wie Häuptling, Medizinmann und König, in denen sich besonders starke Kräfte zeigen, und sie damit zu hervorragenden Kraftüberträgern werden. Ferner ist das Handauflegen ist das Handauflegen ein Beispiel des Heilens mittels einfacher Kraftübertragung. Auch das gesprochene oder gesungene Wort, sei es als Segen, Fluch oder beschwörende Formel, durch die der Medizinmann seinen Mitteln Kraft verleiht, muß hierzu gerechnet werden.

Eine zweite Art der Magie ist die kontagiöse. Diese besteht nach Dammann²⁶⁾ in der Vorstellung, daß sich das, was mit einem Abbild oder einem Gegenstand geschieht, auch für das Urbild oder den Besitzer des Gegenstandes verwirklichen wird.²⁷⁾

23) RGG (1927), III, 1839 - 1850 .

24) HAERDI (1964), 13.

25) RGG (1927), III, 1839 - 1850.

26) DAMMANN (1963), 99.

27) RGG (1927), III, 1839 - 1850.: Wenn in Melanesien jemand von einem Pfeil getroffen worden ist, so legt man diesen ins Feuchte, um eine Entzündung der Wunde zu verhindern. Die gedankliche Voraussetzung ist nicht zu verkennen. Indem der Pfeil in den Menschen einfuhr, ist er gewissermaßen ein Teil von ihm geworden, und zwischen Teil und ganzem besteht ein solidarischer Zusammenhang.

Für den Primitiven sind aber nicht nur Haare, Nägel, sonstige Teile des Körpers oder Kleidungsstücke - nicht selten erbittet sich der Zauberer diese, um ihrem Inhaber zu schaden oder eine wirkungsvolle Medizin zuzubereiten - Teil des Ganzen, sondern auch Abbilder. So kann an einer Fotografie ein Zauber vorgenommen werden, der seine Wirkung auf den Dargestellten ausübt.

Diese Gedankengänge leiten zu der dritten Art von Magie, der "homöopathischen" über, bei Frazer als "magic by similarity" bezeichnet. In den Kriegstänzen wird der Feind durch symbolische Bewegungen vernichtet. Zerstört man das Abbild eines Feindes, so zerstört man ihn selbst. Hierauf läßt sich auch die Fotoscheu vieler Eingeborener zurückführen; sie wollen nicht, daß man Macht über sie bekommt. Auch das Hochspringen bei Fruchtbarkeitstänzen gehört zu dieser Form von Magie, da es das Wachstum der Halme fördert. Indianer dagegen blasen Rauchwolken in die Luft, damit auf diese Weise Wolken entstünden, die den erhofften Regen bringen sollten. Auch das "Töten" eines Tierabbildes mit magischen Pfeilen oder die Darstellung einer Falle mit einem hineinweisenden Pfeil ist als Jagdzauber zur homöopathischen Magie zu rechnen. "Bei der Nachahmung kommt es auf das analoge Handeln an. Das Imitieren hat dieselbe Mächtigkeit wie der ursprüngliche Vorgang. Infolgedessen ruft es auch ein ähnliches Erlebnis im positiven oder im negativen hervor. Es ist das uralte homöopathische Verfahren, das unter dem Grundsatz *Similia similibus* steht." 28)

Wenn einige Autoren ²⁹⁾ noch von personaler oder öffentlicher Magie sprechen, so braucht man kein Alternativproblem zu sehen, sondern dies zeigt nur, ob jemand Magie für sich selbst, zu seinem eigenen Wohle oder zum Schaden anderer betreibt, oder ob die Magie öffentlichen Belangen zu Diensten ist, z.B. beim Regenzauber.

Als Kern der Magie kann man den Gedanken von einer Automatik der Kraftübertragung bezeichnen: Was ich manipulierte, wird eine Wirkung zeigen. Tritt diese nicht ein, so hatte mein Gegenpart einen stärkeren Gegenzauber. Anrufung Gottes aber oder eine an ihn gerichtete Bitte ist das Gegenteil von Magie.

28) DAMMANN (1963), 99.

ANKERMANN (1925), 151.: Frazer hat die Magie nach der Wirkungsweise des Zaubers in homöopathische oder imitative und kontagiöse Magie geteilt. Erstere gehe von dem Grundsatz aus, daß Gleiches Gleiches erzeuge, letztere davon, daß die Kraft, die in einem Gegenstand steckt, andere Dinge mit denen sie in Berührung kommt, gewissermaßen infiziert.

29) GLUCKMANN (1965), 79 - 91.

Der Medizinmann

Obwohl inzwischen fundierte ethnologische Forschungen - hauptsächlich aus dem englischen Sprachraum - über Figur und Institution des Medizinmannes in der eingeborenen Gesellschaft vorliegen, versteht man unter ihm auch heute noch vielerorts einen Meister über geheime, meist okkulte Mächte und/oder einen Botaniker primitiver Prägung, dem paradoxerweise ein fast naturwissenschaftlich fundiertes Wissen von Pflanzen und ihrer Wirkung zugetraut wird. Viele wollen in ihm einen Geheimnistuer sehen, von dem man behauptet, er wüßte um die Heilung vieler Leiden, nur sei er nicht bereit, sein Wissen der Menschheit mitzuteilen. Diese und ähnliche Behauptungen treffen keineswegs den Kern der Sache und vermögen auch nicht, das Bild eines Mannes oder einer Frau, die im Leben einer afrikanischen Gemeinschaft ¹⁾ eine höchst wichtige Rolle spielen, zu umreißen. In dem Terminus "Medizinmann" laufen für den Laien meist zwei Vorstellungen, nämlich die des "Heilers" und die des "Zauberers" zusammen. Diese beiden Begriffe haben zwar miteinander Verbindung, schließen sich aber, in einem Worte zusammengefaßt, aus. In unserer heutigen naturwissenschaftlich ausgerichteten Gesellschaft hält man Heiler und Zauberer für nicht mehr existent ²⁾, vor allem auch deshalb nicht, weil sie keinen festumrissenen sozialen Status besitzen. Der Afrikaner dagegen unterscheidet konkret ³⁾ zwischen dem Zauberer, im Kisuaheli "mchawi", im Englischen "sorcerer" oder "wizard" und dem Heiler, im Kisuaheli "maganga", im Englischen "witchdoctor".

1) PARRINDER (1963), 181.: No man has suffered more from distortion and misunderstanding than that of the witchdoctor.

2) PARRINDER (1963), 139.: The man who prepares useful magical potions is a respected member of the community. Only with coming of colonial legislation has he been branded as a bad lot, equally with the witches themselves. Far different is his honourable status in the eyes of Africans.

DAMMANN (1963), 58.

Wenn auch in der landläufigen Literatur die Bezeichnungen für Zauberer und Medizinmann bisweilen promiskue gebraucht werden, so empfiehlt sich doch um der Krankheit willen eine genaue Unterscheidung.

3) Wenn man als Heiler zum Teil denjenigen bezeichnet, der sich in dem Zusammenspiel von Krankheit und Seele auskennt, dann wird dessen Stelle heute vom Psychiater, der ja mehr und mehr einen festen Platz in der menschlichen Gemeinschaft erhält, eingenommen.

Der "mchawi".

"mchawi" (plur. wachawi) ist in Ostafrika die meistgebrauchte Bezeichnung⁴⁾ für den Zauberkundigen, einen das Böse wollenden Mann, den Ausüber der schwarzen Magie, die "uchawi", "usihri" und "ulozi" genannt wird. Ein anderes weniger gebräuchliches Wort heißt "mlozi" (plur. walozi).⁵⁾ Der Mchawi braucht keineswegs immer männlich zu sein, sondern ist vor allem in den Gemeinschaften weiblich, in die die Frau hineinheiratet, einfach deshalb, weil sie eine Fremde ist. Fremdsein bedeutet Andersartigkeit, deren negativer Aspekt eben Wissen um die schwarze Magie sein kann.⁶⁾

Das hier Gemeinte illustriert ein Fall, der Mai/Juni 1966 vor dem Gericht in Dar-es-Salaam verhandelt wurde:⁷⁾

Ein Junge von ungefähr zehn Jahren wurde im Rufijidelta (eine Gegend in Südtanganyika, die für Zauberei berüchtigt ist) vermißt. Nach kurzer Zeit vermutete man, daß er aus irgendwelchen Gründen entführt worden sei. Bei der Suche fand man seine verstümmelte Leiche. Es fehlten Teile der Kopfhaut, die Zunge und die Haut der Geschlechtsteile. Daß nicht mehr entfernt worden war,

4) HÖFTMANN (1963), mchawi, mlozi.

5) Die Engländer gebrauchen die schon erwähnten Bezeichnungen "sorcerer" und "wizard". Darüberhinaus gibt "Concise Oxford Dictionary, 4th Edition" auch für "witch" die Erklärung: woman or man practising sorcery. In der Völkerkunde wird "witch" allerdings mehr für Hexe oder Hexenmeister gebraucht, also für imaginäre Wesen, die für den Afrikaner nicht nur im Glauben existent, sondern Wesen aus Fleisch und Blut sind.

MIDDLETON (1963), 266.: It may be accepted that empirically witches as Lugbara conceive of them do not exist. Sorcerers may, in the sense that there may be certain people who do prepare poisons and use them in the way popular belief has it that sorcerers work. What do exist, however, are the beliefs, fears, suspicions and accusations of witchcraft and sorcery.

WINTER (1963), 280.: Another way of putting this, is to say that from the point of view of the European investigator there is no reason to think, that anyone does in fact practice witchcraft or even that anyone could practice it. There is no evidence which indicates that witches exist anywhere except in the mind of the Amba.

DAMMANN (1963), 57.

Im Kisuaheli findet sich für Zauberer "mlozi" neben dem heute gebräuchlichen "mchawi!"

6) WRIGHT (1958), 80.: In Afrika sind Frauen als Ausübende der schwarzen Künste keine Seltenheit. Unter den Matabele-Stämmen Südafrikas z.B. gibt es tatsächlich mehr praktizierende Frauen als Männer. (Matabele sind matriarchalisch und virilocal)

7) Dieser Fall, über den ich eine Pressenotiz las, wurde mir von Joseph Warioba, Jurist in "The Attorney Generals Chamber", Dar-es-Salaam, berichtet.

erklärte man damit, daß man bei der Operation gestört worden war und den Körper in Eile verlassen hatte. Kurze Zeit darauf wurden acht Frauen verhaftet, von denen zwei gestanden, den Knaben getötet zu haben. Die eine war die Großmutter, die den Knaben erzogen hatte; alle anderen waren ebenfalls Verwandte des Jungen. Nach ihrer Aussage mußte eine Verwandschaft bestehen, um ein wirksames Zaubermittel zu erhalten. Die Frauen behaupteten zwar, den Knaben vor seiner Verstümmelung durch Zauberei getötet zu haben, wahrscheinlich aber ist, daß er nur betäubt wurde; denn eine gerichtsmedizinische Untersuchung ergab, daß er erst nach der Vivisektion ertränkt worden war. Dieses ist auch deshalb wahrscheinlicher, weil die benötigten Teile wirksamer sein sollen, wenn sie von einem lebenden Körper stammen.⁸⁾ Zwei Frauen konnten überführt werden, und wurden zum Tode verurteilt.⁹⁾

Dieses ist ein klassisches Beispiel dafür, was nach dem Glauben der Afrikaner verlangt wird, um ein bzw. eine "mchawi" zu werden. Es darf nicht irgendwer getötet werden, sondern die zu bereitenden Medizinien erhalten eine höhere Potenz mit dem Grade der Verwandschaft, und die entfernten Teile sind typisch für Stellen, die man bevorzugt für die Träger der Lebenskraft hält. Denn diese will man ja erlangen, um so mächtig zu werden. Die Vermutung liegt hier nahe, daß es sich um die Initiationszeremonie in einem Zauberbund handelt,¹⁰⁾ wo derartige rituelle Morde verlangt werden.

Der Zauberer ist derjenige, zu dem man gehen kann, wenn man jemanden aus dem Wege räumen will. Er verkauft einem Mitglied seiner eigenen Gemeinschaft - nur innerhalb dieser glaubt man ihn mächtig - eine todbringende Medizin. Doch besteht sein Wesen nicht nur darin, anderen dienlich zu sein, sondern häufig agiert er

8) Nach Aussagen aus anderen Zaubereiprozessen, wie von J. Warioba berichtet.

9) Das Verfahren wurde allerdings noch einmal vor dem "Court-of-Appeal" von Ostafrika in Nairobi aufgenommen.

10) Ich schließe mich hier der Begriffsbestimmung von DAMMANN (1963), 57. an: Eine andere Gruppe von Menschen, die mit überlegenen Kräften ausgerüstet ist oder mit ihnen operiert, bilden die Zauberer. Damit sollen hier, entgegen dem Sprachgebrauch mancher Autoren - die RGG (1927), V, 2080 - 2081. vertritt eine gegenteilige Meinung, indem sie behauptet, es sei eine der Hauptfunktionen der Zauberer, Kranke zu heilen -, nur solche Menschen männlichen oder weiblichen Geschlechts bezeichnet werden, welche ihre magischen Kräfte zum Bösen gebrauchen.

auch von sich aus. Nicht jeder kann ein Zauberer werden, sondern bei den meisten afrikanischen Stämmen wird die Fähigkeit dazu als vererbbar gedacht.¹¹⁾ Ein anderer Weg, Zauberer zu werden, führt über eine Lehre mit anschließenden Initiationszeremonien. Zauberer und vor allem der Glaube an sie sind eines der Grundübel im afrikanischen Zusammenleben, und manch ein häßlicher Mann, manche sonderlich lebende alte Frau sahen sich wehrlos unhaltbaren Anklagen aus ihrer unmittelbaren Umgebung ausgesetzt. Dies war zutiefst der Grund, der die Engländer veranlaßte, die eben erwähnte "Witchcraft Ordinance"¹²⁾ zu erlassen, durch die untersagt wurde, andere Personen der Zauberei zu beschuldigen.

Unter Bezug auf das Eingangskapitel läßt sich der Zauberer u.U. in dem Sinne umschreiben, daß man ihn als Minderer oder sogar Zerstörer der eigenen oder der Lebenskraft des Stammes bezeichnet. Da im Leben des Afrikaners täglich Krankheiten,¹³⁾ Epidemien, Unfälle, Todesfälle usw. vorkommen, die er sich nicht erklären kann, dienen ihm Menschen, die des Zauberns mächtig sind, als Sündenböcke¹⁴⁾ und somit als willkommene Erklärung für die Unbill des Lebens. Das gilt auch dann, wenn in einem Stamm kein Mensch vorhanden ist, der die schwarze Magie praktiziert.

11) MIDDLETON-WINTER (1963), 5.: For Example, both Evans-Pritchard working among the Azande of the Sudan and Fortes working among the Tallensi of Ghana found that powers of witchcraft are thought to be transmitted from one generation to another within the family along certain channels.

12) Law of Kenya (1962), Chapter 67.

Tanganyika Territory Ordinance No. 39 of 1922.: The Witchcraft Ordinance.

12) BEATTIE (1963), 37.: The first broad category includes many kinds of medicines, which are secretly placed in a victim's food or drink. It is believed that such medicines may cause dysentery, leprosy, fits, madness, impotence, barrenness, abortion, and other afflictions. There are also medicines which may be put in a victim's tobacco pipe, and others which (as we saw above) if rubbed in his eyes will make him blind. It is said that a woman may afflict a man with disease and even make him impotent by applying special medicines to his sexual organs during and after intercourse.

14) Das Thema der Arbeit verbietet es, auf den recht umfangreichen Komplex der Hexen einzugehen. Diese sind in jedem Falle nur gedachte Geschöpfe, dafür aber nicht minder prävalent.

Der "mganga".

Hildegard Höftmann¹⁵⁾ übersetzt dieses Kisuaheliwort einfach damit, daß es früher Mediziner bedeutete und heute für Arzt gebraucht wird. In die Etymologie des Wortes führt Dammann¹⁶⁾ ein: "In nicht wenigen Bantusprachen findet sich ein Substantivum, das auf ein Verbum mit der Grundbedeutung "umwickeln, heilen" zurückgeht. So haben wir im Duala ngang, im Suaheli mganga, im Zulu inyangulu". Bei den Schona¹⁷⁾ in Südrhodesien gibt es den ngang und die Mediziner im Kongo¹⁸⁾ heißen zinganga, was wohl den Enganga Mokisie¹⁹⁾ bei O. Dapper entspricht. Aus der weiteren Beschreibung Dappers geht hervor, daß die Enganga Mokisie Teufelsbanner sind und damit wird auch schon eine der vornehmsten Züge eines mganga deutlich. Seine Hauptbedeutung liegt darin, daß er einem Zauberer oder einer Hexe entgegenwirkt. Dammann übersetzt mganga mit "Machtmittelkundiger", was wohl die allgemeinste und zutreffendste Bezeichnung ist. Vielleicht sollte man noch hinzufügen, daß dies in dem Sinne zu verstehen ist, daß er seine Macht nur positiv gebraucht. Im Englischen wird mganga mit witchdoctor übersetzt, was nach Cassel²⁰⁾ Mediziner und Zauberer heißt, und damit wieder ein Beispiel für die ungenügende Begriffsbestimmungen auf diesem Gebiet liefert; denn die angelsächsischen Anthropologen

15) HÖFTMANN (1963), mganga.

16) DAMMANN (1963), 55.

DAMMANN (1963), 229.: Das heutige mganga des Suaheli wird durchweg mit "Arzt" übersetzt. Seine ursprüngliche Bedeutung ist "Machtmittelkundiger" und folgerichtig häufig "Mediziner". Es hängt mit einem Verbum des Urbantu yanga zusammen, das umwickeln, "heilen" bedeutet. Die primäre Bedeutung ist, wie der Befund aus mehreren Bantusprachen ergibt, "umwickeln". Dabei dürfte es sich nicht um ein nur medizinisches Umwickeln etwa eines Verbandes, sondern um ein Umwickeln im magischen Sinne handeln, ähnlich dem, wie im Digoland die Schutzpfeile eines Dorfes mit einem Lappen umwickelt sind.

17) GELFAND (1964), 17.

18) SÖDERBLOM (1931), 19.

19) DAPPER (1670), 530.: diese Teufels- oder Götzenbilder lassen sich durch unterschiedliche Muster machen, welche sie enganga mokisie nennen. Das fürnehmste Werkzeug derselben ist die Trummel: uns sie machen die Bilder/ wenn sie zu einem füglichem Alter gelangt/ und ihnen einige Beschwerden oder Krankheiten zustossen

Die Beschreibung dieser Teufels- oder Götzenbilder, welche ebenfalls auf Seite 530 gegeben wird, deutet auf Fetische hin.

20) Cassels New German Dictionary (1963)

gebrauchen witchdoctor ebenfalls als Bezeichnung für jemanden, der den Zauberern entgegenwirkt. Auf Grund dieser falschen Begriffsbestimmung dürfte nicht zuletzt in englischen Kolonien dieser Klasse von Menschen grobes Unrecht getan worden sein. Ihr Tun wurde verdammt und damit dem des mchawi, der ihr Widerpart ist, gleichgesetzt.

Da, wie ausgeführt, die Afrikaner Krankheit als eine Minderung ihrer Lebenskraft betrachten, so läßt sich mganga auch als ein Wiederhersteller, Vermehrer oder Stärker der Lebenskraft bezeichnen. Dieser kann in den verschiedensten Formen auftreten, d.h. sich spezialisieren. So tritt er uns im Ulanga²¹⁾ Distrikt Tansanias in erster Linie als "Kräuterarzt" entgegen, während es daneben die wambui gibt, die über ausgedehnte magische Kenntnisse verfügen. Bei den Zulu²²⁾ gilt der inyanga als Herbalist, und auch bei den Schona ist der nganga ein Kräuterkundiger. Neben dieser Bedeutung, die sich zwangsweise aus seiner Beschäftigung mit der Pflanzenwelt ergibt, kann ihm die Berufsbezeichnung eines Wahrsagers zukommen, den man nicht nur aufsucht, um körperliche Leiden zu kurieren. Riecher oder Errater ist er, wenn er herausbekommen muß, wer der Zauberer ist, der eine Krankheit veranlaßt hat, und wo er steckt. Gerade diese letzte Beschäftigung brachte ihn in Mißkredit bei den kolonialen Behörden. Er roch unter Anwendung mancher seltsam anmutenden Praktiken einen Zauberer heraus, der sich dann vor der Gemeinschaft zu verantworten hatte, was nicht allzu selten mit dessen Tode endete. Eine andere Form, den Übeltäter herauszufinden, war das Gottesurteil, das manchmal mit dem Tode mehrerer endete.

Innerhalb seiner Gemeinschaft ist der mganga eine höchst respektierte Person, zu der man mit allen seinen Nöten kommen kann. Er stellt einen ordnenden Faktor dar und auf Grund seiner Kenntnis der Macht kann er Spannungen innerhalb einer Gemeinschaft lösen und trägt somit zu einem harmonischen Zusammenleben bei. Er ist ein Machtmittelkundiger, darf diese Kenntnis aber nur zum Guten einsetzen, d.h. er ist ein Meister der weißen Magie. Erliegt er der Versuchung, seine Macht zum Schaden zu gebrauchen und sei es auch nur, um einen persönlichen Feind zu schädigen, so ist er kein mganga mehr, sondern ein mchawi.²³⁾ Schon aus diesem Grunde muß er ein aufrechter, ehrenvoller und guter

21) HAERDI (1964), 3.

22) DAMMANN (1963), 55.

23) PARRINDER (1963), 183.: If the witchdoctor once gives way to the temptation to use his power against an enemy, he is caught inescapably in the grip of his own force and becomes a witch himself.

Charakter sein. Eine der liebevollsten und verständnisvollsten Studien über den mganga verfaßte Michael Gelfand über den nganga der Schona.²⁴⁾ Auch er stellt fest, daß die Figur dieses Mannes oft falsch interpretiert²⁵⁾ wird. Gelfand gewann sich zahlreiche Freunde unter den Medizinmännern Südrhodesiens. Sie weihten ihren weißen Kollegen in verschiedene ihrer Praktiken ein und scheuten sich keineswegs, auch ihn um Rat zu fragen. So kommt Gelfand²⁶⁾ zu dem Schluß, daß Medizin in der abendländischen Welt sowohl Kunst als auch eine Wissenschaft war, aber seit sich der wissenschaftliche Aspekt mehr und mehr in den Vordergrund drängt, weniger Wert auf die Kunst gelegt werde. Der nganga dagegen sei der Künstler par excellence. Er benutze jedes Mittel - Kleidung, Amulette, Perlen, Gesänge und Riten - um seinen Klienten zu beeindrucken und sein Vertrauen zu gewinnen und in dieser Beziehung müsse ihm ein unübertroffener Erfolg bescheinigt werden.

Das Vertrauen seines Patienten zu gewinnen, ist die erste Aufgabe des mganga und dazu bedient er sich oft Praktiken, die wir allzu bereitwillig als Scharlatanerie ablehnen, die bei den Afrikanern aber meist im soziologischen Gefüge fest verankert sind. Daneben hat er ein feines Ohr für die Vorgänge innerhalb seiner Umwelt und weiß oft schon im voraus, wo er anzusetzen und was er zu tun hat. Er ist ein Meisterpsychologe, und schon aus diesem Grunde ist manche seiner Medizinen, denen ein Europäer keine Wirkung zuschreiben würde, in dem Sinne zu bewerten, daß nicht das Mittel wirkt, sondern der Glaube des Patienten an seinen mganga. Es soll dabei nicht abgestritten werden, daß auch der Afrikaner seinen mganga wechselt, aber dies basiert auf dem Glauben, daß der Zauber, der auf dem Kranken lastet, in diesem Falle ein besonders starker ist, und er somit einen potenteren Machtmittelkundigen braucht. Da sich z.B. der Afrikaner das Werfen eines Zaubers auf ihn dinglich vorstellt, trägt der mganga diesem Rechnung und saugt aus dem Körper des Kranken manch merkwürdige Dinge wie Steine, Splitter etc. heraus, die er vorher auf taschenspielerische Weise in seinen Mund praktizierte. Er ist sich dieser

24) GELFAND, M.: Witchdoctor. London 1964.

25) GELFAND (1964), 24.: The nganga is misinterpreted: This is the case even inside Africa, while to those outside the country his name is synonymous with a strange, frightening, uscrupulous and dangerous person whose magic is feared by all. The real figure is neither as strange nor as romantic as the mythical one.

26) GELFAND (1964), 31.

Machenschaft durchaus bewußt, aber er begeht einen Betrug zum Wohle seines Patienten, indem er dessen Vorstellungen Rechnung trägt und ihn in erster Linie von dem Lauben befreit, verhext zu sein. Oft kann sich daran eine nach unserer Auffassung echte Behandlung anschließen.

In den letzten Jahren bahnt sich in manchen afrikanischen Staaten eine Entwicklung an, daß sich die waganga zusammenschließen. So soll es in Kenia eine "Native Doctors Association" geben. Nachforschungen ergeben, daß diese Gesellschaft kaum die Gründungsversammlung überlebt hat. Doch auch Gelfand berichtete von derartigen Zusammenschlüssen in den städtischen Gebieten Südrhodesiens.²⁷⁾

Sie bestehen meistens aus reinen Kräuterkundigen. Ihre Mitglieder verstehen sich nicht auf die Kunst des Weissagens, sondern weisen einen zu ihnen kommenden Patienten an, zuerst zu einem vollqualifizierten nganga zu gehen, damit dieser zunächst die Ursache ihrer Krankheit herausfinde. Gelfand meint weiter, die Kräuterkundigen seien im Grunde nichts anderes als Apotheker, die Heilmittel auf Grund der Diagnose verschrieben und ihre Kräuter und z.T. magischen Medizinen über den Ladentisch verkauften. Viele Kräuter bezögen sie sogar von anderen waganga anstatt sie selbst zu sammeln oder zuzubereiten. Anders als der wirkliche nganga verlangten sie Bezahlung, bevor der Kranke geheilt sei. Es dürfte sich hierbei mutatis mutandis in Afrika um fast den gleichen Prozeß handeln, der sich in der abendländischen Heilkunde vor fast 1000 Jahren abgespielt haben mag.

Den Schluß hierzu möge zugsweise ein Vortrag²⁸⁾ Adeoye Lambos²⁹⁾ bilden, den dieser anläßlich eines Symposiums über die Probleme medizinischer Fürsorge in Entwicklungsländern im August 1966 in Kampala hielt: "Eine der ungewöhnlichen Charakteristika unserer Fürsorge für die Geisteskranken in Nigeria ist unsere unorthodoxe Zusammenarbeit mit den traditionellen Heilern. Auf Grund einer langen praktischen Erfahrung in Afrika haben wir entdeckt, daß, um den afrikanischen Patienten in seiner sozialen Umwelt zu verstehen, es notwendig ist, in enger Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen voranzugehen, ja sogar eine gewisse Form der interprofessionellen Verbindung mit denen einzugehen, die man mit westlichem Standard gemessen,

27) GELFAND (1964), 117.

28) KING (1966), 20: 6.

29) Adeoye Lambo: Professor of Psychiatry, University College Ibadan, Nigeria.

keineswegs als Fachleute bezeichnet. Dank der Hilfe der traditionellen Heiler konnten wir unsere Kenntnisse der Naturgeschichte der Geisteskrankheiten in unserer Gesellschaft vertiefen. Ohne sie würden wir einen großen Mangel beim Auffinden der psychologischen Gründe neurotischer Zustände, die so häufig in afrikanischen Gemeinschaften, die einen rapiden sozialen Wechsel erleben, sind, spüren. Viele der traditionellen Heiler, mit denen wir zusammenarbeiteten, blickten auf eine lange Erfahrung im Umgang mit afrikanischen Patienten zurück und waren so fähig, dirigierende und überwachende Funktionen wahrzunehmen."

Werdegang eines "nganga".

Grundsätzlich gibt es drei verschiedene Möglichkeiten, ein nganga zu werden: ³⁰⁾

- 1.) durch eine Lehre,
- 2.) die Fähigkeit wird vererbt und
- 3.) einer Person wird im Traum oder durch Besessenheit ³¹⁾ ihr künftiger Status offenbart.

Meistens allerdings kommen Kombinationen dieser drei Arten vor, wie es der Werdegang eines "nganga" bei den Schona zeigt ³²⁾, wo ein Stammesmitglied keinen Einfluß darauf hat, ob er es werden möchte oder nicht. ³³⁾ Es mag ein Traum sein, in dem ein junger Schona die richtige Medizin sieht, einem Nachbarn zu helfen. Ihm wird der Platz gezeigt und am nächsten Morgen geht er, sie zu holen. Solche Träume mögen sich wiederholen, doch wird er damit noch kein vollqualifizierter Doktor, wenn er auch schon eine gewisse Reputation innerhalb seiner Umwelt erlangen kann. Früher oder später wird er selbst krank und z.B. sein Vater geht zu einem Wahrsager, daß er die Ursache herausfinde. Dieser wird entdecken, daß der Patient sich selbst schon auf dem Gebiet des Heilens versucht hat, und er wird auch entdecken, daß einer seiner verstorbenen Verwandten ein nganga war und einen heilenden Geist besaß. Daraus schließt er, daß sich dieser erneut in der Gestalt

30) Vgl. JAP (1963), 58 - 60.

Fast gleiche Wege führen zur Qualifikation eines indonesischen "dukun".

31) DAMMANN (1963), 77.: Durch Besessenheit wird etwa bei den Zaramo deutlich, wer Medizinmann werden soll. Bisweilen hört Besessenheit auch zu der Form der Amtsausübung.

32) GELFAND (1964), 56 - 59.

33) Auch die Schamanen Nordsibiriens haben keinen Einfluß darauf, ob sie den Beruf eines Priesters bzw. Medizinmannes ergreifen wollen oder nicht.

eines nganga verkörpern möchte. Der Vater geht nach Hause, betet zu dem heilenden Geist und bittet ihn, er möge, wenn er wirklich von dem Patienten akzeptiert werden wolle, diesen von der Krankheit befreien. Die Genesung des Kranken nimmt die Familie als Zeichen, daß der heilende Geist Besitz von ihm ergreifen will. Dieser heilende Geist vererbt sich also innerhalb der Familie. Besondere Kraft hat der heilende Geist, wenn sich sein erstes Auftreten im mystischen Dunkel verliert. Theoretisch kann der Patient nach seiner Genesung den Beruf eines nganga ausüben, indem er allein auf den heilenden Geist vertraut, daß er ihn führt. Normalerweise aber begibt er sich noch für einige Zeit in die Lehre zu einem älteren nganga. Dazu nimmt der Vater des Jungen ein Huhn und betet zu dem heilenden Geist und erzählt ihm, daß er den Knaben zu einem bekannten nganga bringen werde. Er bringt dann das Huhn den nganga und bittet ihn, seinen Sohn zu unterrichten. Träumt der Schüler während seiner Lehre auch von Weissagen, dann erlernt er diese noch zu den Künsten eines Herbalisten. Am Ende der Lehre lädt der lehrende nganga die Familie seines Schülers zu einem Bierfest ein und gibt dem Vater kund, wie hoch dessen Schuld für den Unterricht sei. Während dieses Festes gibt er auch öffentlich bekannt, daß sein Schüler nun ein vollkommener Arzt sei, und daß er glaube, man könne ihm vertrauen. Die Bezahlung, die am nächsten Tag verlangt wird, besteht für gewöhnlich für die Ausbildung zu einem Kräuterarzt aus einem Ochsen, und für jemanden, der auch das Wahrsagen gelernt hat, aus zwei Ochsen. Nach ungefähr einem Jahr Praxisausübung lädt der junge nganga seinen Lehrer zu einer Zeremonie ein, bei der er seine Verehrung dem älteren Kollegen gegenüber zeigt und zugleich seinem heilenden Geist dankt. Nach diesem Fest ist sein ehemaliger Lehrer ein Kollege wie jeder andere.

Eine andere Art, ³⁴⁾ nganga zu werden, ist, indem man sich einige Zeit am Boden eines bestimmten Flusses oder Teiches aufhält und dort Bekanntschaft mit den fleischgewordenen Geistern der Unsterblichen macht. Auf mysteriöse Weise zurückgekehrt, ist man ein großer Doktor. Da dies von Berühmtheiten der Vergangenheit berichtet wird, nimmt es nicht Wunder, daß Gelfand und andere noch keinen derartig qualifizierten Doktor kennenlernen konnten.

34) BURBRIDGE, Native Affairs Department Annual (Southern Rhodesia), Vol. 8, 85.

Bei den Azande³⁵⁾ ist es möglich, daß ein Junge direkt einen alten Mediziner bittet, sein Schüler werden zu dürfen. Wenn er fähig ist, ist seine Lehre kurz aber teuer. Eltern können allerdings schon kleine Kinder in die Lehre geben, so daß sie von einem frühen Alter an lernen können. Da der Preis der gleiche bleibt, kann er über eine lange Periode verteilt werden. Während der Lehre erhält der Schüler Medizin zu Einnehmen, um seine Seele stark zu machen und um ihm die Fähigkeit zum Weissagen zu verleihen.

Der Hauptgrund eines monatelangen Trainings ist die Erlernung der Fähigkeit, Hexen und Zauberer herauszuriichen und ihren Attacken auf sich selbst entgegen zu können. Daneben lernt der Schüler Handauflegen, macht mit seinem Lehrer lange Reisen, um eine spezielle Medizin zu finden und nimmt Teil an Sitzungen, bei denen sich mehrere Mediziner versammeln. Großer Wert wird neben dem Erlernen von Tänzen und Gesängen auf die fehlerlose Ausführung der Anbringung von Gegenständen, mit denen in der Vorstellung des Afrikaners ein Zauber auf einen Kranken geschleudert wurde, gelegt. Diese Steine, Splitter etc. werden ja, wie schon angegeben, täuschend mit dem Mund herausgesaugt, um zu zeigen, daß die Überbringer der Krankheit entfernt worden sind. Ansonsten besteht seine Tätigkeit in der eines Famulus. Am Ende der Lehrzeit schließen sich Initiationsriten an, während der sich der Novize der Zeremonie eines öffentlichen Begräbnisses und einer Wiedergeburt zu unterziehen hat.

Grundsätzlich unterscheidet sich das Werden eines Zauberers nicht wesentlich von dem des Mediziners, nur die ethische Ausrichtung ist entscheidend.

35) PARRINDER (1963), 185.

Die Heilmittel

Heilmittel nehmen bei den Afrikanern einen erheblich breiteren Raum ein als bei uns. Allerdings ist die Skala der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel wesentlich kleiner, da es eine experimentell naturwissenschaftliche Arzneimittelfindung natürlich noch nicht gibt. Erst seit 1966 beginnt man in Uganda auch von afrikanischer Seite den einheimischen Drogen Interesse abzugewinnen.¹⁾ Daß aber Heilmittel in Afrika allgemein einen breiteren Raum einnehmen, hat im wesentlichen zwei Gründe:

1.) Mittel, die helfen sollen, kommen nicht nur aus dem pflanzlichen, tierischen oder mineralischen Bereich, sondern sind daneben magischen Ursprungs, d.h. solche, denen der Europäer keine direkte therapeutische Wirkung zuzuschreiben gewillt ist. Im Grunde müßten alle Mittel als magisch bezeichnet werden; denn in jedem Falle ist es ihre Aufgabe, die Lebenskraft positiv zu beeinflussen, und insofern kennt der Afrikaner keinen Unterschied zwischen einer objektiv wirksamen Droge und einem Amulett.

2.) Heilmittel werden nicht nur für ein Unwohlsein oder bei Krankheit gebraucht, sondern jede erlittene Unbill, sei es Erfolglosigkeit in der Liebe, im Geschäft oder in der Politik, alles erfordert eine Medizin. Darüberhinaus gibt es noch besondere "Medizinen", die der Erfüllung eines Wunsches dienlich sind und magischen Charakter tragen. Dem Afrikaner kann als "Heil-Mittel" alles dienen, was ihm in irgendeiner Form mit Macht und Kraft geladen dünkt. Wogegen oder wofür er das Heilmittel einsetzt, bestimmen - abgesehen von Fällen, denen Erfahrungswissen zugrunde liegt - Aussehen, Fundort oder Zufall. Es handelt sich also um Beziehungen irrationaler Art zwischen dem Aussehen einer Pflanze oder eines ihrer Teile, ihrem Standort, oder anderen besonderen Pflanzenmerkmalen mit der Krankheit oder ihren Symptomen²⁾ im Sinne der Signaturenlehre.

Dem steht in gewisser Weise die schon um 1897 von Stabsarzt Dr. Gärtner³⁾ in Bagamoyo gemachte Beobachtung entgegen, daß zwar heimische Arzneimittel

1) Unter Leitung eines Apothekers, eines Verwandten des Premierministers Obote, wurde 1966 ein "National Research Institut for African Herbs" in Entebbe, Uganda, gegründet.

2) HAERDI (1964), 14.

3) GÄRTNER (1898), 4 f.

vielfach noch verwendet würden, wohl aber ohne großes Vertrauen. Leute, die viel mit Europäern zu tun hätten, besuchten, wenn sie wirklich krank wären, meist die Poliklinik. Später bestätigte ähnliches der schweizerische Apotheker Haerdi.⁴⁾ Nach ihm ist die heutige, junge Bantu-Generation an dem hergebrachten Wissensschatz nicht mehr interessiert. Meines Erachtens aber kommt es darauf an, wie man die Akzente setzen will. Die Auflösungserscheinungen im Glauben an die alten Mittel angesichts der augenfälligen Erfolge der abendländischen Medizin greifen ohne Zweifel weiter um sich. Die Frage ist nur, ob dies genügt; denn trotz eines 75 Jahre dauernden teils intensiven Wirkens europäischer Ärzte in den Tropen wird heute noch darüber geklagt, daß die Afrikaner erst ihre eigenen Mittel ausprobieren und den Kranken dann meist in hoffnungslosem Zustand zur Klinik bringen. Ebenso ereignet sich häufig der umgekehrte Vorgang, daß nämlich jemand, der schon lange in der Klinik liegt, von den Verwandten abgeholt und zu dem heimischen Mediziner gebracht wird. Ein anderes Symptom dafür, daß der Glaube an die alten Mittel noch nicht vollkommen geschwunden ist, sind die vielen Heilmittelhändler, die man auf den Eingeborenenmärkten in Dar-es-Salaam, Nairobi oder Salisbury beobachten kann. Dieser Handel wird von den Regierungen kaum beeinflußt, verboten ist lediglich die industrielle Herstellung von Fantasiemitteln, die zudem ausschließlich von Indern betrieben wird.

Magische Medizin.

Als magisch zu verstehen sind alle Heilmittel wie Talismane, Fetische und Amulette.⁵⁾ Das griechische Wort für Amulett⁶⁾ = φυλακτήριον = Gebetsriemen und Gebetszettel führt an den Sinn des Amuletts heran.

4) HAERDI (1964), 3.

5) Amulett von lat. amuletum oder amoletum (amolimentum) geht wahrscheinlich auf amoliri zurück. Terminus und Begriff amuletum ist schon bei Plinius bezeugt, der es als Bezeichnung eines Abwehr- oder Schutzmittels gebraucht. Heiler erwähnt noch eine zweite Ableitung von arab. himala = Tragband, von hamila = tragen, was noch der Anwendung etwas Bestechendes für sich hat, von ihm aber für unwahrscheinlich gehalten wird. HEILER (1961), 341. u. RGG (1927), I, 315-317.

6) RGG (1927), I, 316.

Es ist nämlich die primitive, dem Verständnis des Afrikaners von Ursache und Wirkung entsprechende Form der Prophylaxe. Das Amulett schützt den Menschen gegen Krankheit, Tod, Zauber, bösen Blick, Verwundung, Feuer, Sturm etc.,⁷⁾ gegen fast alles Widerwärtige in dieser Welt. Wesentlich ist, daß es möglichst immer irgendwie am Körper getragen wird; meistens um den Hals und/oder an Hand- bzw. Fußgelenk. Ob dem geschlossenen Kreis, der sich durch das Umbinden ergibt, eine besondere Bedeutung zukommt, wie mir in Ostafrika bei Gesprächen angedeutet wurde, vermag ich nicht zu beurteilen. Wahrscheinlich liegt dieser Vorstellung ein zufälliger Analogieschluß zugrunde, der das geschlossene Band- ohne Anfang und Ende - mit dem magischen Kreis in Verbindung bringt. Zum Amulett kann praktisch alles werden; wichtig ist nur, daß in einem Gegenstand eine besondere Macht konzentriert wird. Dieser ist dann kraftgeladen und dient dem Menschen, sich übernatürlicher Hilfe zu versichern. Selbst ein Teil oder das Abbild eines Gegenstandes kann dem Original an Kraftwirkung gleichkommen, wie Tierhörner, Klauen und Zähne, in deren Wesen es liegt, Feindliches anzupacken.⁸⁾ Beliebte sind auch verknottete Schnüre und Bänder, da dadurch die feindliche Macht gebunden wird. Meteorsteine⁹⁾ schützen vor Blitz, gelten aber auch sonst allgemein als besonders kraftgeladen. Auch Schmuck¹⁰⁾ ist in seiner letzten Bedeutung ein Amulett, wie auf Masken, oder zu Ketten verarbeitete Kaurimuscheln, die die Vagina symbolisieren und somit ein Fruchtbarkeitsamulett sind. "Das assoziative Denken des Primitiven schafft dabei eine Fülle von Beziehungen zwischen Makrokosmos und Mikrokosmos, denen wir im Einzelfalle nur mühsam nachzuspüren vermögen."¹¹⁾ In Kamerun¹²⁾ unterscheidet man sogar sprachlich verschiedene Arten von Amuletten, 1) ndjum, die um Hals oder Hüfte getragen werden, 2) ndjung, das in Horn oder Kalebasse getan oder um ein Stöckchen gebunden wird, und 3) ndjou, einzelne Kräuter oder ein aus Kräutern gebundener Strauß, der in einen gespaltenen Stock geklemmt wird. Grundsätzlich bestehen sie aus den verschiedensten Bestandteilen. Kleine Knochen und Zähne von

7) RGG (1927), I, 315 f.

HEILER (1961), 35.

8) RGG (1927), I, 315 f.

9) HEILER (1961), 35.

10) RGG (1927), I, 315 f.

11) l.c. 316.

12) DAMMANN (1963), 103.

Tieren, Ringe, Ketten, Baumrinde, Kräuter, Früchte einer Baumleguminose, kleine geschnitzte Figuren, Bergkristall, Haare, Körnernägel und viele andere sind vereinigt und werden in verschiedener Form zusammengestellt, "verpackt" und getragen. Derartige Amulette kosteten schon gegen Ende des 19. Jahrhunderts bis zu 5 Rupien. Ein Afrikaner aus Moschi am Kilimandscharo erzählte, daß sein Onkel derartige Amulette herstelle und sich dadurch ein großes Vermögen erworben habe. Er besäße inzwischen mehrere Häuser in der Stadt. Die Wertschätzung von Amuletten herrscht nicht nur unter den sog. Primitiven, sondern in mindest gleichem Maße bei Mohammedanern und letztlich auch bei den Christen Afrikas¹³⁾. Die islamischen Amulette unterscheiden sich meist dadurch, daß sie nicht nur aus Nägeln, Kräutern und dergleichen bestehen, wie sie vom Medizinmann präpariert werden, in die er notfalls noch magische Kraft bannen muß, sondern, daß sie auch aus geschriebenen Koransprüchen in einen kleinen Lederbeutel verschnürt, oder aus nach bestimmten Regeln aufgebauten sog. magischen Quadraten, bei denen die arabischen Buchstaben eine kabbalistische Bedeutung haben, hergestellt werden.¹⁴⁾ Dann gilt schon die Schrift an sich heilig und zauberkräftig, so erst recht die geschriebene Zauberformel, wie sie auf Zetteln, Bändern und Scherben erscheint.¹⁵⁾

In engem Zusammenhang mit dem Amulett steht der Talisman, dessen Name auf das arabische "tilasmun" und dies auf das griechische τελέσμα = Einweihung zurückgeht.¹⁶⁾ Im allgemeinen Sprachgebrauch wird kein großer Unterschied zwischen beiden

13) DAMMANN (1963), 103.: Auch in christlichen Kreisen sind sie weit verbreitet.

In den Kirchen, in denen ihr Gebrauch legitim ist, dürften oft magische Vorstellungen mit ihnen verbunden sein.

GÄRTNER (1898), 4 f.: Über Negermedizin: Zur Verhütung von Krankheiten aller Art werden von den Negern in Bagamoyo Amulette getragen, gewöhnlich in ein Stück Zeug genähte Papierstreifen, auf denen ein Koranspruch oder einzelne Namen Allahs geschrieben sind, oder kleine Säckchen mit irgendwelchen beliebigen Wurzeln oder Kräutern. Meist werden diese Amulette an einer Schnur um den Hals getragen, selten um die Stirne gebunden. ... Missionskinder tragen Heiligenbilder um den Hals, denen sie eine gewisse Heilwirkung gegen den Teufel zuschreiben.

14) DAMMANN (1963), 103.

GÄRTNER (1898), 4.

15) HEILER (1961), 341.

16) RGG (1927), I, 317.

HEILER (1961), 341.

gemacht. Dienen Amulette mehr zur Abwehr von bösen Kräften, so spricht man vom Talisman vor allem dann, wenn diese Medizin als Hauptfunktion die Gewinnung gewisser Vorteile verspricht¹⁷⁾. So soll der Talisman Erfolg in Geschäft, Liebe¹⁸⁾ und Glück bringen; man gibt ihn sogar einem Toten mit, auf daß er diesem Glück im Reiche der Verstorbenen verschaffe. Für den Afrikaner ist der Tod nicht ein derart einschneidendes Erlebnis wie für den Abendländer,¹⁹⁾ sondern nur eine andere Form des Lebens. Daß eine klare Linie zwischen Amulett und Talisman nicht immer gezogen werden kann, zeigt die Medizin Bwanga bua Mulopo =²⁰⁾ Medizin Gottes im Arzneischatz der Luba, wo sie sowohl als Schutz als auch als Glücksbringer für die mächtigste gehalten wird. Während Amulette immer getragen werden, muß dies bei Talismanen nicht der Fall sein. Es wird ihnen also u.U. eine gewisse Fernwirkung zugetraut.

Eine andere Form des magischen Heilmittels ist der Fetisch.²¹⁾ Auch ihm liegt der typisch afrikanische Lebenskraftglaube zugrunde.²²⁾ Es wird auch hier keineswegs immer klar unterschieden, und so manches, was Heiler²³⁾ beschreibt, und was auch in der RGG²⁴⁾ angeführt wird, sollte vielmehr dem Gebiet der Amulette zugewiesen werden. Der eigentliche Fetisch ist ein meist roh geformter Gegenstand,²⁵⁾ in dem auf Grund eines magischen Wortes oder Rituals, oder auch durch Einführung

17) RGG (1927), I, 317.

18) GELFAND (1964), III.

19) Leopold Sedhar Senghor: Afrika kennt keine Grenzen, nicht einmal die zwischen Leben und Tod.

20) SMITH (1965), 67.

21) RGG (1927), II, 567-569.

Das Wort Fetischismus geht auf das portugiesische *feitico* = Zauber und dieses auf das spätlateinische *factitius* = Zauberkraft, wirksam, zurück. Es wurde zuerst 1760 (CHARLES DE BROSSES : *Le culte des dieux fétiches*. Paris 1760) zur Bezeichnung von Gegenständen des religiösen Glaubens verwendet. Bei de Brosse nahm dann später die Lehre vom Fetischismus als eine mögliche Form der Urreligion ihren Anfang.

22) SCHEBESTA, (1961), 54.

23) HEILER (1961), 97.: Man versteht unter Fetisch ein von Menschenhand zusammengetragenes Zaubermaterial, auch Steine und Hölzer. Besonders zauberkräftige Objekte sind die *minkisi* der Bantu, Bündel mit machthaltigen Ingredienzen, Steinen, Zähnen, Haaren, Fellen, Schwänzen etc. Sie werden als Kraftzentrum und Glücksbringer angesehen.

24) RGG (1927), II, 567.: Bei den Primitiven sind Fetische Zusammenstellungen aus dem Tier-, Pflanzen- und Mineralreich.

25) HEILER (1961), 97.

RGG (1927), II, 567.

SCHEBESTA (1961), 54.

einer Zaubersubstanz "Macht" oder "Lebenskraft" konzentriert wird. Da dem Fetisch keine Verehrung zukommt, kann man von ihm auch keine Religion herleiten. Verliert ein Fetisch seine Kraft, so kann er wieder "aufgeladen" werden, indem man ihn z.B. mit Hühnerblut bestreicht oder anspuckt; denn auch der menschliche Speichel ist Träger einer besonderen Kraft. Ist er vollends wertlos geworden, so wird er weggeworfen. Die Zauberméizin, durch die ein Lehmklumpen oder Holzklotz erst zum Fetisch wird, gibt man allerdings nie aus der Hand.²⁶⁾ Bei der Herstellung eines Fetisches wird häufig ein Huhn geopfert. Die zu Asche verbrannten Gedärme, Knochen und Federn stellen dann die eigentliche Zauberméizin dar.²⁷⁾ Eine besondere Form stellt der Nagelfetisch dar, eine mit Nägeln beschlagene menschliche Figur. Die ihm zu Grunde liegende Vorstellung ist nicht die Idee der Strafe für Nichterfüllung eines Wunsches, vielmehr bedeutet es die Vernagelung einer Krankheit oder eines anderen Mangels, die symbolisch vorgenommen wird.²⁸⁾ Die Berührung eines Fetisches hat den Zweck der Überleitung der in ihm aufgespeicherten Lebenskraft in den eigenen Leib.

In das Gebiet der magischen Heilmittel gehören ferner zwei nicht dingliche Mittel zur Krankenheilung. Das Wort, gesprochen, geschrieben oder gesungen sowie der Tanz. Das gesprochene Wort begleitet praktisch jede Handlung, die für oder an einem Kranken vorgenommen wird, sei es als Zauberformel oder zur Beruhigung. Die Schrift, die es bei den Naturvölkern nicht gibt, ist dagegen bei den vom Islam beeinflussten Stämmen häufiger Bestandteil der Amulette. In der Modulation der Stimme endlich sieht der Primitive etwas Wunderbares.²⁹⁾

Durch den Tanz wird eine Zusammenballung der Lebenskraft dargestellt. Tanz ist das Allheilmittel mit dem die eigene magische Kraft des Menschen gegenüber allen der bloßen Vernunft unzugänglichen Kräften erhöht wird.³⁰⁾ Er dient als Abwehr-

26) SCHEBESTA (1961), 139.

27) SCHEBESTA (1961), 139.: Es wird ein Beispiel wiedergegeben, wo J. Spielt in seinem Buch über die Ewestämme den Vorgang eines Bauchwehzaubers beschreibt.

28) RGG (1927), II, 567.

29) HEILER (1961), 266.

30) RGG (1927), V, 983-986.

zauber, als Kraftzusammenballung zur Beseitigung von Krankheit und Tod, Hungernot, Regen, Vulkanausbrüchen, Mond- und Sonnenfinsternis.³¹⁾ Er ist bei den Primitiven zu einem Universalheilmittel geworden und dient als ngoma in Tansania nicht nur zur Austreibung böser Geister oder als Unterstützung bei einer langandauernden Heilung, wobei den Verwandten vom Medizinmann auferlegt werden kann zu tanzen, sondern er wird auch häufig zur Erfüllung von Wünschen gebraucht.³²⁾

Tierische Medizinen.

So, wie viele der spätmittelalterlichen Arzneimittel unter dem Gesichtspunkt kontagiöser oder homöopathischer Magie zu verstehen sind, dürfte es sich auch mit den tierischen Arzneimitteln im Arzneischatz der Afrikaner verhalten. Da kaum etwas nicht Träger einer besonderen Macht sein kann, wird oft die Phantasie des Medizinmannes die Grenzen der Anwendbarkeit ziehen, so z.B.³³⁾ in Bunyoro,³⁴⁾ wo Antilopenhörner als häufig gebrauchte Hilfsmittel der Medizinmänner mit verschiedenen Medizinen wie Achaten, dem Wasser eines bestimmten Stromes, Fragmenten mehrerer Arten von Pflanzen und Bäumen, dem Blut eines geopfertem Haushuhns, selbst Schnecken, Muscheln und Perlen gefüllt wird. Für eine allgemeine krankheitsabwehrende Medizin braucht der Bunyoro-Medizinmann³⁵⁾ den Schädel irgendeines geopfertem Tieres und den eines wilden Perhuhnes, die im Hof vergraben werden. Bei diesen Bunyoro-Heilmitteln ist der Sinn der tierischen Bestandteile nicht ohne weiteres ersichtlich. Klarer hingegen erscheint es, wenn die Schona auf die zu schließende Fontanelle eines Kindes einen Schafskopfknochen legen.³⁶⁾ Hier liegt homöopathische Magie vor, da die weiche Fontanelle genau so hart und zäh wie ein Widderkopf werden soll. Ähnliche Gedankenzusammenhänge liegen auch dann vor, wenn die Dschagga³⁷⁾ sich Flügelknochen eines Geiers ans Bein binden, um schneller laufen zu können. Ebenfalls auf magische Vorstellungen geht die Anwendung von apotropäisch wirken sollenden Gewittermedizinen tierischen Ursprungs zurück, bei denen Ingredienzen von Wal, Krokodil, Monitor, Meer-schwein, Salamander, Schaf, Affe, Hase und Klippschwein verwendet werden.³⁸⁾

31) HEILER (1961), 239 f.

RGG (1927), V, 983-986.

32) l. c. 983-986.

33) BEATTIE (1963), 39.

34) Bunyoro, ein Fürstentum in Uganda.

35) BEATTIE (1963), 44.

36) GELFAND (1964), 110.

37) SCHEBESTA (1961), 47.

38) DAMMANN (1963), 100.

Dem Afrikaner kommt es allein auf die dem Arzneimittel innewohnende Potenz an, und diese kann noch durch die Macht des Feuers erhöht werden, wenn dabei auch die eigentliche Substanz verbrennt. Für ihn bleibt die Asche auf jeden Fall identisch mit dem verbrannten Ingredienz. So sind im Ulanga Distrikt ³⁹⁾ die Aschen eines Hundsaffenschädels und eines Löwenschädels begehrte Bestandteile einer Medizin, um Geister auszutreiben, und bei den Suaheli ⁴⁰⁾ in Bagamoyo wird ein Skorpionstich mit Salz und Schnupftabak eingerieben, wobei möglichst der Stachel der Skorpione verbrannt werden soll, um die Asche auf den Stich zu legen. Ein Beispiel, das noch der Erklärung bedarf, ist eine Sitte, den Jägern auf ihren Zügen zu folgen, um von erlegten Zebras das gelbe Bauchfett abzuschneiden. Ausgelassen gilt es als begehrter Artikel gegen Sterilität bei Frauen.

Doch nicht alle Tiermedizinen müssen grundsätzlich in das Reich der Magie verbannt werden. So gebrauchen die Suaheli Ambra, ⁴¹⁾ Kisuaheli amari, gegen Zahnschmerzen. Allerdings bringen sie es auch bei der Vertreibung böser Geister zur Anwendung, wobei sie sich ein Handtuch um die linke Hand binden, in der sich eine Spur dieses Mittels befindet. Und schließlich berichtet schon 1670 Oliver Dapper ⁴²⁾ aus Angola, daß man dort eine Augenkrankheit erfolgreich mit Haileber behandelte.

Pflanzliche Medizinen:

Hauptsächlich pflanzliche Heilmittel waren es, die dazu beitrugen, Medizinmännern in den Augen von Europäern einen geheimnisumwitterten Ruf zu verschaffen. Durch sie gelangten Entdecker und Missionare zur Kenntnis von neuen Drogen, die für damalige Zeiten fantastische Wirkungen erzielten, z.B. Chinarinde. So war es durchaus verständlich, daß man auch in Ostafrika versuchte, hinter die Geheimnisse afrikanischer Medizinen zu kommen. Zu derartigen Versuchen zählt ein Rundschreiben ⁴³⁾ des Chefarztes der Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika vom 13. Oktober 1895 an alle Ärzte der Kolonie, in dem sie aufgefordert wurden, sich nach Möglichkeit im Interesse der Wissenschaft Kenntnis von der Negermedizin ihrer Stationsgebiete zu

39) HAERDI (1964), 18.

40) GÄRTNER (1898), 4.

41) BRAUN-STADE (1925), 123-139.

42) DAPPER (1670), 578.

43) BECKER (1898), 3.

verschaffen. Erfolgreich war dieser Aufruf allerdings nicht; denn er förderte weder gesicherte Erkenntnisse, noch botanisch-pharmakognostisch bestimmbares Material zu Tage. Einmal fehlte die Zeit dazu, sich selbst zu vergewissern, - das Meiste war von Dritten berichtet worden -; zum andern hatten die Ärzte auch damals mit dem Mißtrauen ⁴⁴⁾ der Medizinmänner, die in den europäischen "Kollegen" eine unwillkommene Konkurrenz sahen, zu kämpfen. Auch Haerdi ⁴⁴⁾ hatte noch 1962 Schwierigkeiten, eine vollkommene Liste aller im Ulanga-Distrikt vorkommenden und als Arznei gebrauchten Pflanzen zu erstellen. Auch ihm gelang es im Grunde nur, eine Liste pflanzlicher Volksmedizin, deren therapeutischer Wert in weitaus den meisten Fällen äußerst fragwürdig blieb, aufzustellen.

Eine große subjektive Schwierigkeit für wissenschaftliche Kooperation mit Eingeborenen in Ostafrika liegt in der Natur des Afrikaners. Sieht er einen Europäer, einen mzungu, forschen, so ist er durchaus bereit, ihm zu helfen. Da er aber den letzten Sinn der Wissenschaft, nämlich das Bemühen um größtmögliche Wahrheit, und sei sie im Ergebnis auch negativ, nicht versteht, ist er ohne weiteres bereit, alles Erdenkliche zu erfinden. Je weiter man in ihn dringt, desto mehr erzählt er, seine Fantasie ist unerschöpflich, und seine ihm angeborene Höflichkeit läßt es nicht zu, die präzisen Fragen eines Weißen unbeantwortet zu lassen. Eine objektive Schwierigkeit liegt in den verschiedenartigen Benennungen der Pflanzen, wobei es vorkommt, daß eine Pflanze viele verschiedene Namen hat, oder aber mehrere Pflanzen denselben Namen tragen. Es handelt sich hierbei um ein Phänomen, das in der Geschichte der Botanik eines der schwierigsten Probleme darstellt. Andererseits läßt es aber auch die Möglichkeit erkennen, bei exaktem Durchforschen der afrikanischen Flora auf manche Überraschung zu stoßen.

Das alles bedeutet jedoch nicht, daß der Ostafrikaner seinem natürlichen Schatz von Heilmitteln hilflos gegenübersteht; doch geht er damit auf sehr eigene Weise um. Er kennt zwar Kräuter und Pflanzen, die antidiarrhöisch, purgierend oder desinfizierend wirken, ⁴⁵⁾ aber daraus schließt er nicht auf eine therapeutische Wirksamkeit an sich,

44) HAERDI (1964), 9-11.

45) TEMPELS (1956), 56.

sondern auf eine Kraft, die zur Stärkung der eigenen Vitalität dient. So ist es letztlich durchaus verständlich, wenn man die Pflanzen im Kisuaheli in der dritten Klasse ⁴⁶⁾, der für magisch Belebtes, findet. ⁴⁷⁾ Die Kraft jedoch kann nicht nur gestärkt, sondern durch Gestikulationen, Riten und Anrufungen bei der Applikation oder Zubereitung der Medizin geradezu geweckt werden, so spricht man bei den Bantu direkt von kulangwile migi = Wurzeln erwecken. ⁴⁸⁾ Das "Erwecken" selbst ist natürlich nur der höheren Kraft des Medizinmannes möglich.

Sagt ein Medizinmann einem Afrikaner, er solle von seinem Haus aus 100 Schritte ostwärts, dann links im rechten Winkel zu dem nächst größeren Baum gehen, am Endpunkt dessen Schatten gegen 16.00 Uhr die dort wachsende Pflanze ausgraben und dem zu Hause liegenden Kranken eingeben, so ist klar, daß dieser Pflanze nur durch allergrößten Zufall eine therapeutische Wirksamkeit zukommen kann. Aber beim Afrikaner zählt allein der Glaube an den Medizinmann, der die richtige Arznei weiß. Dieser Glaube macht es ihm möglich, anzunehmen, daß eine Pflanze aus der Entfernung und ohne physischen Kontakt wirken kann. Nimmt eine Afrikanerin dagegen den milchigen Satt eines Baumes zu sich, um den Fluß ihrer Milch zu erhöhen, so ist auch dies kein Arzneimittel in abendländischem Sinne, sondern diese Handlung muß in das Gebiet der homöopathischen Magie ⁴⁹⁾ verwiesen werden. ⁵⁰⁾

46) Die Bantusprachen, zu denen das Kisuaheli gehört, kennen keine Artikel, sondern werden als Klassensprachen bezeichnet. So gibt es u.a. eine Menschen-, eine Ding- und eine Ortsklasse. Diese werden durch ein Präfix kenntlich gemacht. Z.B. Ki- suaheli = Sprache des Suaheli, wa- suaheli = die Suahelimenschen, u- suaheli = das Land der Suaheli.

47) DAMMANN (1963), 228.

48) GELFAND (1964), 25.

49) Wenn sich hier auch die Signaturenlehre aufdrängt, so kann diese nicht ohne weiteres angewendet werden, da sie hinsichtlich der Verhältnissen bei den Naturvölkern weder der Völkerkunde noch der Religionsgeschichte bekannt ist.

FRAZER (1911), 54.: If we analyze the principles of thought on which magic is based, they will probably be found to resolve themselves into two : first, that like produces like, or that an effect resembles its cause This principle may be called the "Law of Similarity". From this "Law" the magician infers that he can produce any effect he desires merely by imitating it Charms based on the Law of Similarity may be called "Homocopathic or imitative Magic".

50) GELFAND (1964), 25.

Es gibt eine Reihe von Mitteln in der afrikanischen Volksmedizin, bei denen sich durch Versuch oder Irrtum echte Wirksamkeit gezeigt hat. Aus Südrhodesien wird z.B. berichtet, daß ein weiblicher Mediziner das eigene Asthma mit Stramoniumblättern bekämpfte.⁵¹⁾ In der Gegend von Kilossa⁵²⁾ (Westtanganyika) wandte man einen aus der Wurzelrinde einer nicht genau beschriebenen Cassiaart hergestellten Tee gegen Fieber an, den dann mit Erfolg auch Missionare benutzten. Auch die toxischen Wirkungen verschiedener Euphorbia- und Aloearten, von Nachtschatten- und Liliengewächsen sind den Eingeborenen Ostafrikas seit je bekannt.⁵³⁾ So würde es dann zu weit führen, alle in Afrika als Heilmittel verwendeten Pflanzen abzulehnen. Doch auch therapeutisch wirksame finden in dem Grundprinzip des Mehrens und Minderns der Lebenskraft ihre "logische" Erklärung.

51) GELFAND (1964), 67.

52) HÖSEMANN (1898), 5.

53) Globus 98 (1910), 211.

Heilmethoden

Trotz mehrerer Versuche ist es mir nicht gelungen, Augenzeuge einer Heilung im afrikanischen Busch zu werden. Das lag vor allem daran, daß die Medizinmänner ihre Vorsicht und Scheu gegenüber dem Weißen nicht zu überwinden vermochten.¹⁾ Ihre Künste in Bausch und Bogen in das Gebiet der Scharlatanerie zu verweisen, scheint mir im Hinblick auf ihre unbestreitbaren Erfolge demnach nicht angängig. Zu unterscheiden ist allerdings zwischen Krankheiten, die eine direkte, leicht erkennbare Ursache haben, (z.B. eine Verwundung oder ein Schlangenbiß) und solchen, die in das Gebiet der Inneren Medizin gehören. Hier versagt das Diagnostiziervermögen des Medizinmannes, und er ist eher bereit als Ursache der Erkrankung an einen Zauber zu glauben. In ersterem Falle kann er eine durchaus sinnvolle Behandlung vornehmen, an die sich häufig ein Versöhnungsoffer an die Ahnen anschließen muß; in zweiten jedoch wird meist sofort damit begonnen, die bösen Geister auszutreiben. Daß es ihm trotzdem gelingt, Patienten, die ohne sichtbare Krankheitssymptome niderliegen, zu heilen, mag einmal in der großen Überzeugungskraft des Medizinmannes begründet sein; zum anderen sind häufige Erkrankungen der Afrikaner Neurosen, in deren Behandlung sein Medizinmann Meister ist.

Ist ein Mitglied der Familie erkrankt,²⁾ so wird der Medizinmann von einem Verwandten zur Hütte des Kranken geholt. Zuerst verbringt dieser etliche Zeit damit, Fragen zu stellen, um sich ein Bild über die Anamnese zu machen. Dies geschieht unbedingt in der uns geläufigen Art, sondern es wird gefragt, was die kranke Person in den letzten Wochen gemacht, zu wem sie gesprochen und welche Orte sie besucht hat. Dann versucht der Medizinmann, sich ein Bild darüber zu verschaffen, wie die Beziehungen des Patienten zur Umwelt sind; mit wem er sich versteht und zu wem das Verhältnis gespannt ist. Die Antworten zeigen ihm offenbar, wo er mit seiner Behandlung ansetzen

1) Fast zwei Monate verbrachte ich im afrikanischen Busch zusammen mit Prof. Dr. med. John Merrill von der Harvard Universität USA und Dr. med. Greg Hemingway, dem jüngsten Sohn von Ernest Hemingway. Unsere afrikanischen Begleiter verbreiteten sehr schnell, daß dort einige "waganga wazungu" (europäische Ärzte) kamen. Dementsprechend bat man häufig um Behandlung, die auch bereitwilligst gewährt wurde. Das schloß aber natürlich aus, mit den Methoden eines einheimischen "mganga" bekannt zu werden.

2) HUNTINGFORD (1963), 183.

muß, je nachdem die Ursache ein Zauber oder die vernachlässigten und jetzt bössartig gewordenen Ahnen sind. Manchmal wirft er dann noch seine Knochen oder setzt andere Hilfsmittel ein, um zu weissagen. Letzteres erfolgt oft nur aus dem Grunde, um den Patienten oder die Umstehenden zu beeindrucken. Danach erst beginnt die eigentliche Krankenbehandlung, die im Anfang häufig rein symptomatisch und in der zweiten Phase in der Behandlung der Ursache besteht. Kopfschmerzen³⁾ können behandelt werden, indem Wurzeln einer Tomatenart mit Nelken zusammenstoßen und auf die Stirn gebunden werden. Erkältungen⁴⁾ und Schmerzen in der Brust erfahren bei den Mashona in Südrhodesien eine Behandlung, wie sie auch in Europa bekannt ist: Bestimmte Wurzeln werden in Wasser gekocht. Der Kranke beugt sich mit dem Kopf, der von einem Tuch abgedeckt ist, über die Schüssel und inhaliert die Dämpfe. Beliebte ist das Schröpten,⁵⁾ das bei den Wajiji durch Saugen an einem auf die skarifizierte Stelle plazierten Horn, dessen Spitze abgeschnitten und mit Baumharz gedichtet ist, geschieht. Gegen Leibschmerzen benutzt man *Boswillia Carteri*⁶⁾, zusammen mit Zimtrinde und Kardamon gekocht, im Küstengebiet dagegen stellt man einen Teeautguß aus dem Samen von *Anethum* her. Auch bei Fieber benutzen sie *Anethum*, stoßen es und verreiben es mit Gewürznelken, schütteln das Pulver mit Wasser und reiben den Auszug auf der Brust ein.

Selbst in der Zahlheilkunde⁷⁾ betätigen sich die Mediziner. In der Gegend von Tanga stecken sie kleine Stücke von *Ferula assa-foetida* in hohle Zähne, worauf diese zerbröckeln und ohne Zange entfernt werden können. Eine der am häufigsten geübten Methoden, Schmerzen zu behandeln, ist die Skarififikation.⁸⁾ Dazu werden feine lineare Schnitte von etwa 1,5 cm Länge in die Haut gemacht, und zwar meist paarweise an der schmerzenden Stelle. Hierdurch vermehrt sich an dieser Stelle der Blutfluß und trägt bei

3) GÄRTNER (1898), 4.

4) GELFAND (1964), 66.

5) ZUPITZA (1898), 7.

HÖSEMANN (1898), 6.

6) BRAUN-STADE (1924), 368-381.

7) BRAUN-STADE (1925), 123-139.

8) GELFAND (1964), 68;

HAERDI (1964), 16.

manchen Beschwerden zur Heilung bei. Häufig werden in diese Einschnitte noch reizende Pulver oder veraschte Pflanzenbestandteile hineingestreut. Schon diese wenigen Beispiele zeigen, daß man durchaus über empirische Maßnahmen, die einen Heileffekt zeitigen, verfügt. Das soll aber nicht heißen, daß dieses spezifische Wissensgut über ganze Landstriche bekannt ist, sondern jeder Stamm, ja, sogar jede Wohngemeinschaft hat u.U. ihre eigenen Methoden entwickelt.

Heilung einer äußeren Verletzung.

Bei den Verletzungen aller Art sind die kriegerischen Verwundungen in Ostafrika stark zurückgegangen. Nur die Massai, die nach ihrem Glauben zu Herren über alle Rinder gesetzt worden sind und daher auch fremde als ihr rechtmäßiges Eigentum betrachten, bringen noch vereinzelt Unruhe, wenn sie in der Gegend um den Kilimandscharo und im ostafrikanischen Grabenbruch Rinder stehlen. So erlebte ich im Februar 1965, wie in der Nähe des Manyarasees die Massai und Iraqu sich eine kleine Schlacht lieferten, bei der vier Massai getötet und etliche verwundet wurden. Es war erstaunlich anzusehen, mit welcher Taperkeit sie ihre Wunden ertrugen und sich kaum einer Heilbehandlung unterzogen. Kleineren Verletzungen wurde keinerlei Beachtung geschenkt, man ließ sie einfach trocknen; bluteten sie stark, so wurden sie mit Leder abgedeckt. Das Behandeln größerer Verwundungen, konnte ich nicht selbst beobachten, da die Massai ihre Verletzten in die Manyattas abtransportierten. Aus einem Bericht ⁹⁾ des deutschen Stabsarztes Dr. Eggel war nur bekannt, daß man Ende des vorigen Jahrhunderts größere Wunden vernähte. Während einer späteren Safari in die Massaisteppe konnte ich durch Befragen feststellen, daß dieses Verfahren auch heute noch geübt wird, allerdings versuchte man schon recht häufig, eine Krankenstation zu erreichen. Nach Eggel wurde das Vernähen der Wunde auf folgende Weise vorgenommen:

"Die Massai selbst nähen ihre Wunden analog der früher in der Chirurgie gebräuchlichen umschlungenen Naht. Vorher werden die Wunden gereinigt, meistens nur mit warmem Wasser und danach die Wundränder aneinander gebracht und feine spitze nadelgleiche Hölzchen durchgestoßen, die dann durch Umschlingen von Fäden aus Baobab ¹⁰⁾ in ihrer Stellung gehalten wurden. Waren bei klaffenden Wunden die Ränder stark umrissen oder

⁹⁾ EGCEL (1898), 8.

¹⁰⁾ *Adansonia digitata*, Bombacee.

verunreinigt, so wurden diese einfach weggeschnitten".

Eine andere, häufige Verletzung ist der Schlangenbiß. Hier stand bei den Eingeborenen Ostafrikas ein Stein aus dem Kongo in hohem Ansehen, von dem es hieß, er vermöge durch Auflegen fast jeden giftigen Biß zu heilen. Die panische Furcht des Afrikaners von den vielen Schlangen veranlaßt sie meistens, kopflos davonzurennen, wenn sie eine Schlange berühren oder gar von ihr gebissen werden. Von einigen Heilerfolgen mit diesem Stein hörte ich in der Nähe des Ngorongorokraters. In zwei Fällen waren die angeblich Erkrankten wahrscheinlich von einer ungiftigen Schlange gebissen worden, in einem dritten war der betreffende Afrikaner auf einen Dorn getreten. Noch zwei weitere Behandlungsmethoden von Schlangenbissen konnte ich in Erfahrung bringen: Bei den Massai wird die Bißstelle herausgeschnitten, und das Glied oberhalb der verletzten Stelle abgebunden. Eggel ¹¹⁾ berichtete hierzu, daß während der Behandlung eine Ziege geschlachtet werde, deren Leber der Gebissene verzehren und deren Galle er trinken müsse. Bei den meisten anderen Stämmen geht man allerdings weniger drastisch vor, und bringt nur Einschnitte auf der Bißstelle an, durch die die Wunde ausgesaugt werden kann. Das Abbinden des gebissenen Gliedes wird allgemein geübt. Eine weitere Behandlung erfahren die Bisse meistens nicht, es sei denn, man legt einige zerquetschte Kräuter darauf.

Die angeführten Beispiele machen deutlich, daß Wundinfektionen und schlecht verheilte Narben keine Seltenheit sind. Am meisten aber fällt die ungeheure Vielzahl von Augenerkrankungen auf, für die nicht zum geringen Teil die Fliegen, die in großer Anzahl um die Augen der Afrikaner sitzen und mit stoischer Ruhe ertragen werden, verantwortlich zu machen sind. Über eine Behandlung habe ich persönlich nichts Nennenswertes in Erfahrung bringen können.

Austreibung der bösen Geister.

Von überall her hört man an der Küste um Dar-es-Salaam abends die Trommeln der Afrikaner. Sie rufen zur Ngoma, einem Tanzvergnügen, das oft die ganze Nacht währt. ¹²⁾

¹¹⁾ EGGEL (1898), 8.

¹²⁾ Eines Abends wurde ich in der Nähe meines Hauses aufgefordert, an einer Ngoma teilzunehmen. Der monotone Rhythmus ließ mich vollkommen ungewohnt vier Stunden hintereinander in gleichförmigen Bewegungen tanzen.

Hört man sie auch am Tage und vielleicht mehrere Tage hintereinander, so kann man sicher sein, daß diese Trommeln nicht für ein Tanzvergnügen geschlagen werden, sondern der Austreibung von Geistern aus einem Kranken dienen. Schon in dem deutschen Wort "Besessenheit" kommt zum Ausdruck, daß etwas von einem Besitz ergriffen hat. Wir sind uns dessen zwar heute nicht mehr voll bewußt, doch war auch in unserem Kulturgebiet das "Besessensein" durch Dämonen, Geister oder dem Teufel gemeint. Dem Afrikaner ist dies aber noch durchaus gegenwärtig, und er versteht darunter nicht nur einen Tobsuchtsanfall, epileptische Zuckungen oder eine Hirnerkrankung, sondern auch viele andere Unpäßlichkeiten, für die er keine Erklärung findet. Die Geister haben eben von ihm Besitz ergriffen und zehren an seiner Lebenskraft. Es gilt daher, sie auf irgendeine Weise zu veranlassen, den Kranken zu verlassen.

Am einfachsten machen es sich die Massai, die die Bessenen mit Stricken anbinden und dann Honig rings um ihn im Kreise ausgießen. Daraufhin wird der Geist solange angerufen, bis der Kranke wieder zu sich kommt.¹³⁾ Schon diese Prozedur kann mehrere Tage dauern, und häufig ist die Besserung nichtsanderes als ein vollkommener Erschöpfungszustand. Je nach Sitte des einzelnen Stammes, aber auch nach Art und Grad der Besessenheit, wechselt es, ob der Kranke angebunden wird oder aktiv¹⁴⁾ an seiner eigenen Heilung teilnimmt. In den Grundzügen besteht die Austreibung von Geistern im Folgenden:

- 1.) Der Medizinmann stellt fest, daß der Patient von mehreren Geistern, wie z.B. den Ahnengeistern, oder aber einem bestimmten Geist besessen ist.
- 2.) Es werden gewisse Medizinen zubereitet, die dem Patienten während der Behandlung in bestimmten Abständen verabreicht werden. Haerdi¹⁵⁾ hat derartige Medizinen untersucht.¹⁶⁾ So bestanden diese bei einer Austreibung im Ulanga-Distrikt aus

13) EGGEL (1898), 9.

14) DAMMANN (1963), 113.: An der ostafrikanischen Küste beteiligt sich der Patient manchmal auch selbst am Tanz.

15) HAERDI (1964), 18-19.

16) In einem festen Laboratorium des tropenmedizinischen Instituts Basel unter Leitung von Prof. Dr. Geigy.

zwei Mischungen und einer Abkochung, Mischung I aus 16 verschiedenen Pflanzenbestandteilen, überwiegend Rinden- und Wurzelpulver, von denen die meisten verascht wurden, zwei tierischen Bestandteilen und einer Erde. Letztere wurde mit Honig eingerieben. Dasselbe geschah mit Mischung II, die nur aus zwei Pflanzenbestandteilen zusammengesetzt war. Die Abkochung, die während der "ngoma ya shetani" eingenommen wurde, bestand aus vier Wurzeln, einer Mimosaceae, einer Sterculiaceae, einer Rubiaceae und einer unbekannten Pflanze.

- 3.) Eine einleitende Räucherung, oder ein Dampfbad ¹⁷⁾ in der Art einer Inhalation wird vorgenommen. Zur Räucherung benutzt man an der Küste häufig Weihrauch. ¹⁸⁾
- 4.) Die eigentliche Geisteraustreibung ist der Tanz zu den Thymen der Trommel, die "ngoma". Durch Musik und Tanzen wird eine Sphäre erhöhter Kraftzusammenballung geschaffen. Das Tanzen kann bis zur Ekstase gehen. Nicht selten fallen Mitglieder der Tanzgruppe mit Schaum vor dem Mund vor Erschöpfung um. Es wird über mehrere Tage kontinuierlich getanzt, wobei sich die Gruppe durch neu Hinzutretende immer wieder verjüngt. An diesem Tanz nimmt der Patient häufig teil: Heardi ¹⁵⁾ berichtet, daß sogar der Kranke den Schauplatz verläßt, in den Busch geht und nach einiger Zeit wieder zurückkommt, um weiter behandelt zu werden.
- 5.) Während der Zeremonie werden Hühner und eventuell Ziegen geopfert.
- 6.) Der wichtigste Augenblick ist, wenn der Geist seinen Namen nennt; denn damit gilt seine Kraft gebrochen. Das Entweichen des Geistes kann sich auch durch Stöhnen des Patienten kundtun. ¹⁹⁾ Die Zeremonie braucht nicht immer in dieser strengen Folge abzulaufen, außerdem überschneiden sich die einzelnen Abschnitte teilweise recht beträchtlich. Doch das Schlagen der Trommeln - einige Stämme besitzen dafür bestimmte Trommeln - und das Musizieren mit anderen Instrumenten sind unbedingt notwendig, da sie die Voraussetzung für das fast ekstatische Tanzen sind, ohne das keine Heilung der Besessenheit stattfinden kann.

¹⁷⁾ DAMMANN (1963), 113;
GELFAND (1964), 66.

¹⁸⁾ GÄRTNER (1898), 4.

¹⁹⁾ SCHREBER (1898), 13.

Teil I

GESCHICHTE DER ARZNEIVERSORGUNG UND DES APOTHEKENWESENS VON DEUTSCH-OSTAFRIKA IN DEN JAHREN 1866 - 1918

1. Kapitel

ANFÄNGE DES MEDIZINALWESENS IN DEUTSCH-OSTAFRIKA

A.) ÄRZTE IN DER VORKOLINIALEN PERIODE

Als Folge ihres ausgedehnten Handels mit Indien fanden sich an der ostafrikanischen Küste neben portugiesischen Marineeinheiten, die den Seeweg nach Indien vornehmlich gegenüber den Arabern absichern sollten, auch portugiesische Händler ein. Ihre von 1498 bis 1729 nachzuweisende Präsenz ¹⁾ hinterließ nur wenige Spuren. Sollten auf medizinischem oder pharmazeutischen Gebiet jemals irgendwelche Einflüsse vorhanden gewesen sein, so sind sie vergangen oder nicht mehr nachweisbar.

Erst den Engländern und wenig später den Deutschen blieb es überlassen, in dieser Hinsicht nicht nur wirksam zu werden, sondern tiefgreifende Veränderungen hervorzurufen. Der erste Arzt im heutigen Tansania, von dem sichere Kenntnis besteht, war der Missionar David Livingstone, der am 3. Januar 1866 ²⁾ Bombay mit Ziel Sansibar verlassen hatte. Am 7. April desselben Jahres brach er einige Meilen nördlich des Flusses Ruvuma, des späteren südlichen Grenzflusses Deutsch-Ostafrikas, zur Erforschung des Gebietes jenseits Nyassa- und Tanganyikasee auf. Da Livingstone am Tanganyikasee kein Boot erhalten konnte, mußte er den Südrand des Sees umwandern. Hier ließ ihn der größte Teil seiner Leute unter Mitnahme des Hauptteils seiner Ausrüstung im Stich. Am katastrophalsten mußte sich natürlich der Raub des Medizinkastens auswirken. "Es war mir, als hätte man mir schon jetzt das Todesurteil gesprochen" schrieb Livingstone in sein Tagebuch. Einer an die Küste ziehenden Sklavenkarawane gab er einen Brief mit, in dem er darum bat, ihm Arzneimittel nach Udjidji, dem Endpunkt der Sklavenroute von der Küste nach Tanganyikasee zu senden. ³⁾ Am 14. März 1869 ⁴⁾ traf er zwar in Udjidji ein, fand aber keine Arzneimittel, sondern nur Tee, Kaffee und Zucker vor, den Rest von großen Vorräten, die von Sansibar aus ins Innere des Landes geschickt worden waren. Ob und wie die gestohlenen Medikamente angewendet wurden, ist nicht bekannt; aber sie dürften

1.) MEYERS (1962), 570.

2.) SCHIFFERS (1962), 178.

3.) l. c. 179.

4.) SCHIFFERS (1962), 180.

mit die ersten Zeugnisse europäischer Medizin in den Händen tansanianischer Afrikaner gewesen sein. Bei der Einstellung des Afrikaners zum Arzneimittel liegt die Vermutung nahe, daß Livingstones Vorräte Verwendung als Amulette gefunden haben mögen.

Livingstone hatte Theologie und Medizin studiert, doch traten diese beiden Gebiete hinter seiner Forschungstätigkeit zurück. England hatte neben Amerika zuerst die Wichtigkeit der ärztlichen Mission⁵⁾ erkannt und sie konsequent in Angriff genommen. Als Folge davon kam 1874 Dr. Baxter⁶⁾ von der Church Missionary Society nach Ostafrika und errichtete schon 1877 bei Mamboia in Ukaguru in der Nähe der damals noch benutzten Sklavenroute ein Hospital. Er führte ebenfalls die Aufsicht über ein Hospital in Ugogo, das man für 50 Pfund errichtet hatte, und das nur über 15 Pfund Jahresetat für Unterhalt und Arzneimittel verfügte. Die Gründung des Hospitals ging auf die Bemühungen David Livingstones zurück, doch erst vier Jahre nach dessen Tod⁷⁾ 1882 folgte die Universities Mission to Central Africa mit der Entsendung des Arztes Dr. J. Petri. Dieser richtete drei Jahre später bei Magilla Msalabani im Hinterland von Tanga ein Hospital ein. In Karema am Tanganyikasee bemühten sich die Weißen Väter um die Eingeborenen. Auf ihrer Missionsstation gründete 1888 Adrien Atiman,⁸⁾ ein von der Sklaverei befreiter junger Westafrikaner, der in Malta Medizin studiert hatte, eine Klinik.

Neben Livingstone war eine der interessantesten Gestalten, die sich im ostafrikanischen Raum bewegt haben, der Arzt und Forschungsreisende Mehmed Emin Pascha, eigentlich Eduard Schnitzer, geb. 28. März 1840 in Oppeln. 1875 war er als Arzt in ägyptische Dienste getreten und hatte 1877 Bunyoro und Buganda im heutigen Uganda bereist. Nach wechselvollen Jahren als Gouverneur der Äquatorialprovinz im Sudan erreichte er nach seiner Befreiung durch Stanley im Dezember 1889 Bagamoyo. 1890 trat Emin Pascha in den Dienst des Deutschen Reiches, unterwarf Ugogo und Unjamwesi, hißte die deutsche

5.) SCHNEE (1920), I, 87.: "Die durch den Edinburger Weltkongress (1910) veranlaßten statistischen Erhebungen haben festgestellt, daß 1908 982 ausgebildete Ärzte im Dienste der evangelischen Missionen standen. Inzwischen ist die Zahl 1911 auf 1109 gestiegen, darunter befanden sich nur 19 deutsche Missionsärzte."

6.) CLYDE (1962), 39.: "Dr. Baxter blieb bis 1912 in Deutsch-Ostafrika."

7.) CLYDE (1962), 2.: "Es wird von der London Missionary Society berichtet, daß sie ihren Versuch, den seelischen und körperlichen Bedürfnissen der Bevölkerung am nördlichen Ende des Tanganyikasees Rechnung zu tragen, im Jahre 1895 aufgeben mußte. Den meisten Ärzten, die hinausgeschickt wurden, erging es ähnlich wie dem Dr. Ebenezer J. Southon, der schon auf dem Wege zu dieser Station 1882 starb."

8.) CLYDE (1962), 1.

Flagge in Tabora und gründete am Westufer des Viktoriasees die Station Bukoba. (s. Brief s.) Auf einer Reise ins Kongogebiet wurde er am 23. Oktober 1892 in Kanena von Arabern ermordet. Wenn sich Emin auch in erster Linie als Naturforscher verstand, so kommt ihm doch das Verdienst zu, der erste deutsche Mediziner in Ostafrika gewesen zu sein.

B. EINTREFFEN DER ERSTEN DEUTSCHEN ÄRZTE

Nachdem die Deutsch-Ostafrikanische Gesellschaft ⁹⁾ durch Verträge mit England und Portugal unter ausdrücklicher Anerkennung der Rechte des Sultans von Sansibar auf den Küstenstreifen, die Grenzen der späteren Kolonie umrissen hatte, sah sie sich dennoch, um das Gebiet lebensfähig zu machen, gezwungen, nach dem Besitz der Küste zu trachten. In langen Verhandlungen mit dem Sultan von Sansibar kam am 28. April 1888 ein Vertrag zustande, wonach die Gesellschaft die Küste in eigene Verwaltung übernehmen durfte. Als dieser Vertrag am 15. August 1888 in Kraft treten sollte, brach ein Araberaufstand unter Buschiri aus. Daraufhin wurde durch Reichsgesetz vom 30. Januar 1889 zur Unterdrückung des Sklavenhandels und zum Schutze der deutschen Interessen in Ostafrika ein Betrag von zwei Millionen Mark zur Verfügung gestellt. ¹⁰⁾ Die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen wurde Hermann Wissmann als Reichskommissar übertragen. Zur Niederwerfung des Aufstandes warb er 650 Sudanesen und 350 Zulus an, zu denen ca. 80 eingeborene Askari und 40 Somali als Mannschaft für die Flotille kamen. Als Führer dieser Truppe traten 25 deutsche Offiziere, Ärzte und Beamte, 7 Deckoffiziere und 56 Unteroffiziere in die persönlichen Dienste Wissmanns. ¹¹⁾ Zu dieser "Wissmanntruppe" stießen am 1. 3. 1889 die beiden Ärzte Carl Heinrich Schmelzkopf und Paul Kohlstock, ¹²⁾ ferner vier Sanitätsunteroffiziere. Bei den Kämpfen gegen die Aufständischen gab es zwar wenig Tote, aber viele Verwundete, zu denen schon im Mai 1889 Dr. Schmelzkopf selbst gehörte. Am 20. Juli erkrankte der noch nicht vollkommen Wiederhergestellte außerhalb des Hafens von Dar-es-Salaam bei dem Versuch schwimmend und mit Chinin und Kognak beladen, einigen Kameraden

9.) SCHNEE (1920), I, 404.

10.) SCHNEE (1920), I, 69.

11.) SCHNEE (1920), I, 70.: "Am 6. Mai 1889 hatte Wissmann seine Truppen in Bagamoyo versammelt. Mitte Mai 1890 war der Aufstand im Norden und Süden der Kolonie unterworfen."

12.) CLYDE (1962), 2.

die mit einem Ruderboot in der Brandung verunglückt waren, Hilfe zu bringen. Dr. Kohlstock, der in der nächsten Zeit trotz Malaria gezwungen war allein zu arbeiten, erhielt nach einigen Wochen in Dr. Becker aus Sansibar Unterstützung, außerdem kamen zwei Stabsärzte, Dr. Gärtner und Dr. Brehme zur Verstärkung aus Deutschland. Anfang 1890 erkrankte Dr. Kohlstock an Schwarzwasserfieber und kehrte nach Deutschland^{13.)} zurück. Dr. Becker (geb. 1857) wurde als Nachfolger Kohlstocks dienstältester Arzt. Ursprünglich war er als Assistenzarzt für ein Hospital in Sansibar herausgekommen. Dort hatte er bis zu seinem Eintritt in die Wissmanntruppe eine Praxis weitergeführt, die von einem anderen deutschen Arzt, Dr. G. A. Fischer,¹⁴⁾ aufgegeben worden war. Im Jahre 1890 kamen noch zwei weitere Ärzte, die Assistenzärzte Dr. W. Steuber und Dr. R. Buschow nach Deutsch-Ostafrika;¹⁵⁾ ersterer nach Pangani und letzterer nach Kilwa. Becker schlug sein Hauptquartier in Bagamoyo auf, und Gärtner übernahm dort ein provisorisches Hospital. Dr. Paul Brehme aber wurde nach Lindi geschickt, um eine Militärexpedition zum Lukulediriver zu unterstützen. Damit waren die Küstenstationen zwar mit Sanitäts-offizieren ausgestattet, was aber nicht bedeutete, daß sie sich dort ständig aufhielten, sondern sie hatten vielmehr ihre Pflichten als Angehörige einer Truppe zu erfüllen. So berichtete Dr. Steuber:¹⁶⁾ "Eine Gewohnheit, die von Wissmann überall beachtet wurde, daß der Sanitäts-offizier in Afrika unter allen Umständen bei der kämpfenden Truppe sein soll, um sofort Erste Hilfe leisten zu können, hatte großen Einfluß auf den Mut der Europäer und Afrikaner. Obwohl Wissmann überall die Bedeutung ärztlicher Hilfe unterstrich, hielt er für seine Person wenig davon. Er meinte, daß er ebenso fähig sei, etwas gegen Fieber oder Dysenterie zu verschreiben, wie die Ärzte, da die einzigen Medizinen, denen man trauen könne, Chinin, Antipyrin und Ipecacuanha,

13.) CLYDE (1962), 4.: "Kohlstock starb 1901 auf einer Expedition nach China im Hospital von Tientsin im Alter von 40 Jahren."

14.) SCHNEE (1920), I, 627.: "Dr. Fischer war weniger als Arzt, sondern mehr als Forscher tätig. Er erforschte die Gegend um den Natronsee. Die ersten zuverlässigen Nachrichten über die Massai stammen von ihm. 1885/6 versuchte er, um das Schicksal Junkers aufzuklären, zu Emins Äquatorialprovinz vorzudringen, mußte aber am Viktoriasee aus Mangel an Mitteln umkehren. Er erlag 1887 in Berlin den Anstrengungen der Reise."

15.) CLYDE (1962), 6.

16.) CLYDE (1962), 7.

in verschiedenster Weise gemischt, seien. Doktoren seien allzu anfällig dafür, günstige Prognosen zu stellen und das schlimmste von allem sei, daß sie aktiv dem Teufel bei seinem Werk helfen, indem sie den Belzebub Morphium verschreiben." F. Clyde bemerkt hierzu, daß wohl kein Zweifel darüber herrsche, daß von Wissmanns Mißtrauen in die Opiate durch die Sucht, die ein allgemeiner Fehler seiner sudanesischen Soldaten war, verstärkt wurde.

Während einer Kampagne ¹⁶⁾ um den Kilimandscharo zu Beginn des Jahres 1891, um den Sultan von Kibosho zu unterwerfen, wurde zum ersten Mal Chinin als Vorbeugungsmittel unter Truppen in aktivem Dienst eingesetzt. Dr. Steuber ¹⁷⁾ bestimmte nach eigenen Erfahrungen die Dosis, die regelmäßig genommen, nahezu sicher als Prophylaktikum wirkte. Trotz seiner Versuche, den Geschmack zu verbessern, indem er eine Mixtur unter Zuhilfenahme von wilden Limonen und Zucker herstellte, sah er ein, daß diese Verabreichung unpopulär blieb und deswegen nur unter Anwendung von Drill durchgeführt werden konnte. Während er selbst langsam an den angetteten Soldaten vorbeiging und jedem eine Dosis Chininmixtur verabreichte, folgte ihm mit drei Schritten Abstand einer seiner Assistenten, unter dessen scharfen Augen die Dosis genommen wurde. Jeder Soldat rief dann militärisch "Die Arznei ist heruntergeschluckt worden". Die Methode verhinderte viele Krankheiten und war einfach genug, um von Hilfskräften in Abwesenheit eines Sanitätsoffiziers ausgeführt zu werden, so daß sie von der Schutztruppe in allen afrikanischen Gebieten eingeführt wurde.

Malaria war und ist die bedeutendste Krankheit Ostafrikas. Der Grad des Vorkommens und die ergriffenen Gegenmaßnahmen, waren of entscheidend über Sieg und Niederlage. Wenn Chinin auch nicht gerne eingenommen wurde - es gab auch unter den Europäern viele, die sich brüsteten, immun gegen Malaria zu sein - so stellte es doch einen begehrten Artikel dar. Adrien Atiman weiß von seiner Reise nach Karema 1888 zu berichten, daß in Kipalapala fast die gesamte Bevölkerung mehr oder weniger

17.) SCHNEE (1920), III, 408.: "Dr. med. Werner Steuber wurde am 28. Oktober 1862 zu Heiligenstadt geboren. Er war zur Zeit des Ausbruches des I. Weltkrieges Generalarzt und Korpsarzt des IV. Armeekorps." (vom 6. Februar 1890 bis 31. März 1891 bei der Wissmanntruppe, vom 1. April 1891 bis 5. Februar 1892 bei der Ksl. Schutztruppe für Deutsch-Ostafrika; ab August 1900 als Chefarzt derselben.)

mit Malaria darniederlag. Das Chinin war aufgebraucht und er hätte tausend Franc für ein Kilo zahlen müssen.¹⁸⁾ Wenn Tansania auch durch die Ärzte der Wissmanntruppe zum ersten Male auf breiterer Basis Bekanntschaft mit dem europäischen Arzneischatz machte, darf hierbei doch nicht vergessen werden, daß die Medikamente zu dieser Zeit noch nicht allgemein der eingeborenen Bevölkerung zu Gute kamen, sondern einzig den Belangen der Truppe dienten, in der die Einheimischen weitaus in der Minderzahl waren. Trotzdem kann man das Jahr 1889 nicht nur in der politischen Geschichte des Landes, sondern auch in gesundheitlicher Hinsicht als Wendepunkt ansehen.

Um 1890 bestand das Sanitätskorps¹⁹⁾ der Wissmanntruppe aus fünf Ärzten und vierzehn deutschen medizinischen Hilfskräften, von denen einer in Sansibar, drei in Bagamoyo und je einer in Pangani, Kilwa, Lindi, Sadani, Moa, Mikindani, Mkwaja, Dar-es-Salaam und in den ersten Stationen im Innern, Mazinde und Mpwapwa stationiert waren. Diese Hilfskräfte trugen in Abwesenheit der Ärzte die Verantwortung für Diagnose und Behandlung von Kranken, sowie für die allgemeinen gesundheitlichen Belange der Truppenteile sowohl auf den Stationen als auch bei Märschen ins Innere. Daneben führten sie öffentliche Gesundheitsmaßnahmen, insbesondere Impfungen durch.

C. GRÜNDUNG EINER MEDIZINALBEHÖRDE FÜR DEUTSCH-OSTAFRIKA

Der Araberaufstand hatte gezeigt, daß die Deutsch-Ostafrikanische Gesellschaft sich ohne Hilfe des Reiches auf die Dauer nicht würde behaupten können. Daher übernahm das Deutsche Reich am 1. Januar 1891 die Verwaltung des Schutzgebietes gegen eine an die Gesellschaft zu zahlende Entschädigung. Sämtliche Hoheitsrechte der Deutsch-Ostafrikanischen Gesellschaft gingen allmählich auf das Reich über. Durch Kaiserlichen Erlaß vom 9. März 1891 wurde die sog. Wissmanntruppe in eine "Kaiserliche Schutztruppe" umgewandelt²⁰⁾ und als offizielle Regierung eingesetzt. Dem Kaiserlichen Gouverneur wurde zur Beratung in Medizinalangelegenheiten und zu deren Bearbeitung ein Medizinalreferent zugeteilt. Wie in Kamerun so verknüpfte man auch in Deutsch-Ostafrika dieses Amt mit dem des leitenden Arztes der Kaiserlichen Schutztruppe, so daß in diesen beiden Schutzgebieten die Leitung der militärmedizinischen und zivil-

19.) CLYDE (1962), 8.

20.) SCHNEE (1920), I, 405.

18.) CLYDE (1962), 2.

medizinischen Angelegenheiten in einer Hand lag.²¹⁾ Dr. Becker, der dienstälteste Arzt der Wissmantruppe, wurde als erster mit der Wahrnehmung des Medizinalreferats beauftragt. Mitte 1891 traten der Medizinalabteilung noch die Ärzte Dr. E. Steudel, Dr. O. Nagel, Dr. J. Schwesinger, P. Wasserfall und Dr. M. Kanski bei, während Dr. Buschow seit dem 19. August 1891 als vermißt in der Liste der Sanitätsoffiziere aufgeführt wurde.²²⁾ War bisher Bagamoyo-Endpunkt der Sklavenroute und Ausfuhrhafen nach Sansibar, der erste Regierungssitz der Deutschen, so wurde dieses 1891 endgültig Dar-es-Salaam. Gleichzeitig erfolgte auch die Verlegung des Medizinalreferats dorthin; nur Dr. Gärtner blieb noch in Bagamoyo. Die neu zur Schutztruppe getretenen Ärzte verteilten sich wie früher auf die bedeutenderen Küstenstationen: Dr. Kanski ging mit Dr. Becker nach Dar-es-Salaam, Dr. Brehme nach Lindi, Dr. Steuber nach Kilwa, Dr. Nagel nach Pangani und Dr. Steudel nach Tanga.²³⁾ Die Stationierung Steudels in Tanga stellte eine Reaktion auf die Forderungen dieses schnell wachsenden Handelszentrums nach einem Art dar. 1892 war die Organisation des Medizinalwesens der jungen Kolonie im wesentlichen abgeschlossen; doch blieb ärztliche Hilfe von gelegentlichen Ausnahmen abgesehen, auf die Küste beschränkt. Obgleich die Ärzte der damaligen Zeit nur über eine begrenzte Anzahl an Medikamenten verfügten, waren sie doch bei ihren Patienten verhältnismäßig beliebt, da sie relativ großzügig Stimulantien verschrieben.

Erst 1893 konnte das Medizinalwesen auf das Innere des Landes ausgedehnt werden, als P. Wasserfall nach Kilossa²⁴⁾, etwa 220 km westlich von Dar-es-Salaam, und Dr.

21.) SCHNEE (1920), II, 533.: "Im Reichskolonialamt mit Allerh. Erlaß vom 17. Mai 07 (R G Bl. S. 239) aus der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes hervorgegangen, erfolgte die Bearbeitung der Medizinalangelegenheiten in einem zivilen und einem militärischen Medizinalreferat, jedoch war auch hier die Leitung beider Referate in einer Hand."

22.) Dtsch. Kol. Bl. (1891), 437.: "Dr. Buschow ist im Wahehe-Aufstand am 17. August 1891 zusammen mit dem Kommandeur der Kaiserlichen Schutztruppe von Zelewski gefallen."

23.) CLYDE (1962), 9, 17.: "Tanga war in seinen früheren Tagen hauptsächlich ein kommerzielles, nicht ein militärisches Zentrum. Die Regierungsbeamten wurden von den Vertretern der Berliner Deutsch-Ostafrikanischen Gesellschaft in den Schatten gestellt. Als die deutschen Einwohner, damals 30, nach einem Arzt verlangten, sandte ihnen Dr. Becker den Art Dr. Steudel, damals 27. Er blieb zwei Jahre in Tanga." SCHNEE (1920), III, 408.: "Dr. Steudel, geb. 16. Juni 1864 in Kochendorf (Württ.) wurde später Generalarzt bei Kommando der Schutztruppen im Reichskolonialamt und Medizinalreferent ebenda. Außerdem war er Mitglied des Reichsgesundheitsrates."

24.) CLYDE (1962), 11.

Brehme nach Marangu am Kilimandscharo gingen. Im selben Jahr vergrößerte sich das Medizinalreferat um weitere sieben Ärzte,²⁵⁾ während gleichzeitig zwei ausschieden. Von den Neuangekommenen übernahm Dr. Schwesinger 1894 den Posten Ulanga und Dr. Mankiewitz Bukoba am Viktoriasee. Von den 1895²⁶⁾ hinzugetretenen Ärzten wurden Dr. Zupitza²⁷⁾ nach Mwanza am Viktoriasee und Dr. Stierling²⁸⁾ nach Beendigung der Kampfhandlungen gegen die Wahehe nach Iringa versetzt. Der Kampf gegen die Wahehe war mit großräumigen Operationen verbunden, die es bedingten, ein Sanitätsdepot bei dem neugegründeten Militärposten in Ulanga zu errichten. Die dorthin verlegten Reserven an ärztlichem Gerät und Verbandmaterialien aus einem kleinen Hospital in Kisihi fielen unglücklicherweise im September 1894 bei einer kleineren Kampfhandlung der Vernichtung anheim. Um die wichtigsten Vorräte so schnell wie möglich wieder auszugleichen; kaufte der Leiter des Medizinalreferats, Dr. Becker, Tuche für Bandagen auf eigene Kosten in Dar-es-Salaam und sandte dies in Ladungen, die leicht genug waren, um von Trägern schnell befördert werden zu können zur Front. Außerdem fügte er mehrere Filter zur Wasserreinigung bei, da es vorgekommen war, daß die Hälfte der Truppen von Dysenterie befallen und kampfunfähig geworden war.

Der Nachfolger Dr. Steudels in Tanga, Wilhelm Arning,²⁹⁾ sollte auf andere Weise eine größere Bedeutung für Tansania erhalten. Er trat am 9. Februar 1892 im Alter von 27 Jahren der Schutztruppe bei und diente bis 1896, ein Jahr davon in Tanga. Die restlichen drei Jahre seiner Karriere verbrachte er damit, Militärexpeditionen nach Tabora, Mahenge und Uhehe zu begleiten. So verschaffte er sich in kurzer Zeit eine umfassende Kenntnis des Landes. Nach seiner Rückkehr nach Deutschland war er später in den Jahren 1907 bis 1911 als Nationalliberaler Mitglied des Reichstags und seit 1908

25.) Dtsch. Kol. Bl. (1893),

26.) Dtsch. Kol. Bl. (1895),

27.) CLYDE (1962), 12.: "Zupitza organisierte später den Zeppelinflug nach Deutsch-Ostafrika, um während des Feldzuges 1914 - 1918 Sanitätsmaterial dorthin zu bringen."

28.) CLYDE (1962), 14.

29.) SCHNEE (1920), I, 83.

Dtsch. Kol. Bl. (1893), 306.

Abgeordneter des preußischen Abgeordnetenhauses. Er benutzte seinen Einfluß, das Projekt einer Zentralbahn von Dar-es-Salaam über Tabora an den Tanganyikasee zu fördern. Seine archäologischen Neigungen allerdings wurden ihm zum Verhängnis, als er kurz vor Kriegsausbruch 1914 Ostafrika besuchte und der Schutztruppe wieder beitreten mußte.

Weder die Natur noch das Klima des Landes machte den Europäern viel zu schaffen sondern Krankheiten, allen voran die Malaria, deren böses Ende allzu häufig das Schwarzwasserfieber war. Die deutschen Friedhöfe in Dar-es-Salaam, Tanga und Bagamoyo bezeugen dies nur allzu deutlich; denn das Durchschnittsalter der Bestatteten betrug 28 Jahre. In dieser Situation nahm es nicht wunder, wenn sich auch Laien mit der Medizin beschäftigten. Ein Beispiel dafür ist der Baron von St. Paul-Illaire³⁰⁾, der als Generalvertreter der Deutsch-Ostafrikanischen Gesellschaft in Tanga residierte, und als vielseitig interessierter Mann 1894 eine Reihe von Versuchen mit Eingeborenenmedizinen mit der Bemerkung abschloß, er selbst habe einige Fälle von perniciosum Fieber durch Eingabe einer Abkochung der Wurzeln von *Amaranthus spinosus* erfolgreich zum Ende gebracht.

1895 wurde von Wissmann endgültig Gouverneur und brachte eine mehr zivile Richtung in die Regierung Deutsch-Ostafrikas. Eng arbeitete er mit Dr. Becker, der Mitglied seines sechsköpfigen Kabinetts geworden war, zusammen. Über ihn bemerkte³¹⁾ er: "Dr. Becker, mein alter Kamerad, war nicht nur ein guter Arzt und ein excellenter medizinischer Organisator mit einem tiefen Interesse für die Gesundheit aller Rassen, die in Deutsch-Ostafrika wohnten, sondern dazu hat er als Folge einer elfjährigen Erfahrung eine ziemlich umfassende Kenntnis politischer Probleme sowohl in unserem als auch in anderen Ländern erlangt."

Beckers Nachfolger wurde von 1901 bis 1903 Dr. W. Steuber. In seine Amtszeit fällt die Errichtung einer Gesundheitskommission für Dar-es-Salaam, deren Mitglieder sich wöchentlich einmal über die gesundheitlichen und hygienischen Verhältnisse

30.) CLYDE (1962), 17.

31.) l. c. 24.

in der Hauptstadt zu informieren hatten. In den Jahren 1903 und 1904 blieb der Posten eines Leiters des Medizinalreferats unbesetzt und wurde nur von Dr. Meixner,³²⁾ der 1901 zur Schutztruppe getreten war, verwaltet. 1905 ernannte man ihn zum Leiter dieser Behörde. Damit wurde er der letzte Deutsche, der diesen Posten bekleidete. 1914 zum Generalarzt befördert, nahm er bis Mai 1918, als er in Mozambik zurückgelassen werden mußte, an den Kämpfen unter Lettow-Vorbeck teil. Als Medizinalreferent hat er sich besonders um die Seuchenbekämpfung und Seuchenabwehr in Deutsch-Ostafrika verdient gemacht. Einer seiner größten Leistungen war die Massenimpfung gegen Pocken. In den fünf Jahren vor Beginn des ersten Weltkrieges wurden allein 35 Millionen Menschen geimpft. Die meisten Ärzte waren vollkommen vertraut mit der Heimproduktion von Lymphe. Sie besaßen auf breiter Basis gleichermaßen Kenntnisse in Human- und Tiermedizin und waren nicht nur fähig, die Rinderpest und das Küstenfieber der Rinder zu kontrollieren, sondern es gehörte sogar zu ihren Pflichten, diese Krankheiten zu bekämpfen. Das bedeutete allerdings nicht, daß man auf Tierärzte verzichten wollte. Um 1903 arbeiteten im Medizinalreferat zwei zivile Tierärzte³³⁾, Brauer, der mit Forschungen auf dem Gebiet der Tsetsekrankheit in den Usambarabergen, und Ockmann, der in Dar-es-Salaam mit der amtlichen Fleischschau beauftragt war. 1905 trat der erste Regierungstierarzt, Dr. Georg Lichtenheld, die Leitung der tierärztlichen Abteilung an, die 1909 noch um einen Veterinärbakteriologen, Dr. Kurt Wölfel, erweitert wurde. Bei Ausbruch des Krieges arbeiteten in dieser Abteilung nicht weniger als 22 Tierärzte.

32.) SCHNEE (1920), II, 537.

33.) CLYDE (1962), 27.

SCHNEE (1920), III, 421.: "Von den Tierärzten im Tropendienst wurde außer umfassender wissenschaftlicher Bildung und praktischer Erfahrung namentlich in den Geschäften der beamteten Tierärzte die Ablegung des Examens als beamteter Tierarzt und die Beherrschung der bakteriologischen Untersuchungsmethoden zur Feststellung der in den Kolonien vorkommenden Seuchen verlangt. Erwünscht ist außerdem wegen der dem Tierarzt auf dem Gebiete der Tierzucht zufallenden Aufgaben der Nachweis der Befähigung als Tierzuchtinspektor durch das in Deutschland hierfür vorgeschriebene Examen."

Als Robert Koch ³⁴⁾ auf Ersuchen der britischen Kolonialregierung in den Jahren 1896 bis 1898 zur Aufklärung der Rinderpest eine Forschungsreise nach Süd- und Ostafrika unternahm, stellte ihm das deutsche Gouvernement in Dar-es-Salaam einen Raum des medizinischen Laboratoriums, das kurz zuvor auf Initiative Dr. Beckers erbaut worden war, zur Verfügung. Dieses befand sich bis 1908 in einem Seitenflügel des Hospitals. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich die Arbeit des Labors mittlerweile derartig vergrößert, daß es nötig wurde, die Stelle eines Pathobogen, für die man Dr. Kudicke verpflichtete, einzurichten. Der Medizinalbericht ³⁵⁾ über die deutschen Schutzgebiete für das Jahr 1909/10 gibt eine anschauliche Schilderung dieses Labors:

"In Dar-es-Salaam hat sich, ausgehend von der seit 1900 eingerichteten Malaria-bekämpfung nach R. Koch, die Tätigkeit des Laboratoriums nach zwei Richtungen hin immer mehr und zu immer größerer Bedeutung für den Gesundheitsdienst entwickelt. Auf der einen Seite fällt ihm der örtliche Gesundheitsdienst in Dar zu. Hier steht die Pestabwehr in erster Linie; dazu kommt die Malariabekämpfung, die neben Ermittlung und Behandlung der Parasitenträger in immer höherem Grade auch die systematische Mückenvertilgung in ihr Programm aufgenommen hat. Andererseits ist das Laboratorium eine Untersuchungsstelle für alles mikroskopische, bakteriologische, chemische und zoologische Material, das aus den Krankenhäusern der Stadt und von den Sanitätsdienststellen des ganzen Schutzgebietes eingeht; es vermittelt auch die Weitersendung eingegangenen Untersuchungsmaterials an heimische Institute, wie das für Krebsforschung, das Hamburger Tropeninstitut oder das zoologische Museum. Endlich fällt in seinen Bereich die regelmäßige Lymphgewinnung, die durch Verimpfung von europäischer und aus den Schutzgebieten stammender Vaccine erfolgt. So ist die Tätigkeit des Laboratoriums eine recht vielseitige. Sie ist aber in der kurzen Zeit des Bestehens dieses Institutes unentbehrlich für den Sanitätsdienst im Schutzgebiet geworden."

Noch im Jahr 1966 befand sich im medizinischen Laboratorium in Dar-es-Salaam folgende Inschrift:

"In diesem Laboratorium begann im Jahre 1897/98 der geheime Medizinalrath Prof. Dr. Robert Koch seine grundlegenden Forschungen über Malaria. Als äußeres Zeichen dank-

34.) IOLPP (1932), 207-210.

CLYDE (1962), 20.

35.) Med. BSG (1911), 63.

barer Erinnerung für seine der Kolonie geleisteten unschätzbaren Dienste, wurde diese Ehrentafel auf Befehl des kaiserlichen Gouverneurs angebracht."

1898 wurde in Tange Dr. Panse stationiert.³⁶⁾ Er war der erste, der für seine Laborarbeiten Afrikaner aussuchte und dazu bemerkte: "Ich verspreche mir selbst vieles von der Ausbildung intelligenter Afrikaner, die wir durch unser excellentes Schulsystem und auch von der Verwaltung erhalten können." Panse schlug, von R. Koch, mit dem zusammen er später am Viktoriasee zur Untersuchung der Schlafkrankheit weilte, unterstützt, vor, man solle die infizierte Bevölkerung mit Chinin behandeln: "Der Europäer hier mit all seinem modernen Gerät hat zur Malaria dasselbe Verhältnis wie ein siegreicher Herrscher zu dem unzivilisierten Land, das er erobert hat. Er ist sicher in seiner Burg, aber wagt nicht, sie zu verlassen, ohne Waffen zu tragen aus Furcht, attackiert zu werden. Ostafrika ohne Malaria würde ein pazifiziertes Land darstellen, durch das ein Wanderer nur mit dem Gehstock bewaffnet gehen könne. Es ist nicht nur der Europäer, der etwas davon haben könne. Ich stimme nicht denjenigen zu, die fordern, der Eingeborene solle bis auf seine natürliche Immunität der Malaria ungeschützt überlassen werden. Es mag sein, daß wir im Augenblick nicht viel tun können, doch der Tag wird kommen, daß wir es können und dann müssen wir den Eingeborenen vor einer Krankheit schützen, die ihm wiederholt zusetzt, während er seine Immunität zu erlangen versucht." Kurz bevor Panse Tanga verließ, um Koch zu begleiten, wurde seiner Forderung, eine Massenbehandlung mit Chinin einzuführen, für Dar-es-Salaam zugestimmt und 1905 gleiches in Tanga durchgeführt. Es sollte sich später herausstellen, daß diese einmaligen, sporadischen Kampagnen nicht genügten. Auch konnte man in folgenden Jahren trotz Bereitstellung billiger und größerer Mengen Chinin kaum ein Zurückgehen der Fälle bemerken. Von 1911 an kam Chinin von den neuen Plantagen bei Amani und wurde in steigendem Maße mit mehr Erfolg durch die Regierungsapotheke, die das Chinin auf Lager nahm, unter Leitung des Regierungsapothekers Dr. Rudolf Schulze verteilt. Im November 1908 gelangte eine größere Probe (ca. 600 kg.) Chininrinde nach Deutschland, wo sie die Firma Zimmer & Co. in Frankfurt a. M. zum Marktpreise übernahm. Damit sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Anhaltspunkte zu gewinnen, welche Aus-sichten eine gezielte Cinchonakultur für das Schutzgebiet haben könne.³⁷⁾ Auf

36.) CLYDE (1962), 21.

37.) Us Post (1908), 4. Beilage.

Empfehlung von Dr. Manteufel³⁸⁾ wurden die begrenzten Maßnahmen zur Moskito-bekämpfung in Dar-es-Salaam 1912 verstärkt und außerdem auf andere Städte ausgedehnt. Eine dieser Maßnahmen war das Aussprühen der Häuser und Hütten mit Giemsa's Pyrethrummixture. Die hierzu notwendigen Pumpen waren einige Jahre zuvor von R. Koch, der keineswegs nur von seiner Methode der Massenbehandlung mit Chinin überzeugt war, selbst herausgeschickt worden.

Privatärzte³⁹⁾ hielten sich in den deutschen Schutzgebieten nur sehr vereinzelt auf. Nur in Südwestafrika, wo sie vom Gouvernement eine vertraglich festgesetzte Summe für die Verpflichtung der freien Behandlung der am Ort befindlichen Beamten und ihrer Familien, sowie Ausübung sonstiger regierungärztlicher Funktionen, erhielten, gab es welche in nennenswerter Anzahl. Der Grund lag darin, daß nur an wenigen Orten so viele Europäer ansässig waren, daß ein Arzt in freier Praxis hätte sein Brot verdienen können. Die Eingeborenen waren zudem so wenig zahlungsfähig, daß sie hierfür kaum in Betracht kamen. Einigen wenigen Privatärzten wurde durch feste Verträge mit Eisenbahngesellschaften, Plantagen und sonstigen Unternehmungen die Existenz gesichert. Mit Rücksicht auf den enormen Umfang des Baus der Tanganyikabahn⁴⁰⁾ forderte Dr. Meixner⁴¹⁾ von der federführenden Firma, ihren eigenen Sanitätsdienst einzurichten. Darauf kam 1905 als erster Bahnarzt Dr. Oethker nach Dar-es-Salaam. Seine Hauptqualifikation war die Beherrschung verschiedenster Sprachen, die für die Verständigung mit den Angehörigen von über zwanzig Nationen unbedingt erforderlich waren. 1906 erhielt er durch Dr. Krauß, dessen Aufgabe es war, die Strecken zu bereisen, Unterstützung. 1909 löste Dr. Lenz, der zuvor eine Privatpraxis in Bagamoyo ausgeübt hatte, Dr. Oethker als leitenden Arzt eines Teams von zwei Ärzten und 10 medizinischen Hilfs-

38.) CLYDE (1962), 43.

39.) SCHNEE (1920), I, 86.

40.) SCHNEE (1920), I, 532 f.: "Im Februar 1905 begann die Gesellschaft Philip Holzmann & Co. mit den Bauten der Linie Dar-es-Salaam - Morogoro (209 km). Sie wurde 1907 beendet; 1908 wurde die Fortführung nach Tabora verlangt. Die 638 km zwischen Morogoro und Tabora wurden Ende Februar 1912 dem Verkehr übergeben. Nach weiteren 405 km erreichte die Gleisspitze am 1. Februar 1914 Kigoma am Tanganyikasee."

41.) CLYDE (1962), 36.

kräften ab. Neben Lenz und seinen Ärzten gab es 1910 in Deutsch-Ostafrika sieben weitere Privatärzte, von denen einer bei der Usambara - Bahn ⁴²⁾ beschäftigt war; zwei andere arbeiteten in den großen Plantagen an der Küste und die restlichen vier waren Missionare. Abgesehen von den Missionaren war Dr. Beerwald, der 1894 auf den Plantagen im Hinterland von Tanga arbeitete, der erste Privatarzt. 1914 standen bei der Medizinalverwaltung Deutsch-Ostafrikas, ⁴³⁾ nachdem 1907 der Sanitätsdienst in zivile Verwaltung gekommen war, 27 Ärzte im Dienst, davon einer als Leiter des Instituts für Seuchenbekämpfung, 7 Regierungsärzte, 11 Stabsärzte und 8 Oberärzte, wobei die beiden letzteren Gruppen zum zivilen Dienst abkommandiert wurden. Die Militärverwaltung der Schutztruppe verfügte zur gleichen Zeit über 1 Oberstabsarzt, 30 Stabsärzte und 12 Oberärzte. Zusammen mit ca. 11 Privatärzten ⁴⁴⁾ arbeiteten damit im Schutzgebiet 81 Ärzte. Das bedeutete insgesamt ein Verhältnis von einem Arzt auf 95.000 Einwohner. ⁴⁵⁾ Sanitätsstationen gab es nach dem Medizinalbericht ⁴⁶⁾ 1911/12 an folgenden Orten: Tanga, Pangani, Bagamoyo, Dar-es-Salaam, Mohoro, Kilwa, Lindi, Songea, Mahenge, Iringa, Morogoro, Kilossa, Mpwapwa, Kondoa-Irangi, Kilimatinde, Mkalama, Tabora, Udjidji, Usumbura, Schirati, Mwanza, Bukoba, Bismarckburg, Neu-Langenburg, Massoko, Wilhelmstal, Moshi, Arusha, Kigali und Kissengi in Rwanda, Kigarama, Niansa, Utegi, Muheza, Urambi, Kishangi, Rumong, Südbezirk und Amani. Neben ihrer Tätigkeit in diesen Zentren hatten die Ärzte die Pflicht,

42.) SCHNEE (1920), I, 530.: "Die Usambarabahn, die Tanga mit dem Viktoriasee verbinden sollte, wurde 1893 begonnen. Erst 1905 erreichte sie nach 129 km Mombo. Am 2. Februar 1912 konnte die Bahn in der Ausdehnung bis Neu-Moshi am Kilimandscharo nach 352 km feierlich eröffnet werden. Die von den Deutschen bereitgestellten Mittel für den Weiterbau nach Arusha konnten nicht mehr ausgegeben werden. Die fehlende Strecke von 26 km wurde später von den Engländern fertiggestellt."

43.) ARNING (1941), 179 - 234.

44.) CLYDE (1962), 37.: Für das Jahr 1910 werden 4 Bahnärzte, 4 Missions- und 2 Plantagenärzte angegeben.

45.) SCHNEE (1920), I, 386 f.: "Am 1. Januar 1913 lebten in Ostafrika 7 645.000 Eingeborene, 14 898 Inder, Araber, Somali und Asiaten, und 5 336 Europäer, davon 4 107 Deutsche."

46.) Med. BSG (1911/12), 242.

möglichst häufig durch ihre Distrikte zu reisen. Dabei gingen sie zu Fuß in die abgelegensten Dörfer und blieben oft mehrere Wochen hintereinander auf Safari. Zu den Vorräten, die die Träger ⁴⁷⁾ bei sich führten, gehörte immer eine Medizinkiste, ⁴⁸⁾ deren Inhalt genauen Bestimmungen folgte. Man unterschied zwischen zwei Typen, von denen die ältere auf Dr. Kohlstock, und die andere auf Dr. Steudel zurückging. Beide enthielten als Standardmittel:

Chinin	100 Tabl.	Verbandgaze	100 g
Antipyrin comp.	50 "	Bandagen	10 St.
Natrium salicyl.	50 "	Baumwolle (Watte)	100 g
Opium tann.	50 "	Thermometer	1 St.
Rhabarberpillen	60 "	Tinten-Schreibstift	1 St.
Jodoform	50 g	Schere	1 St.
Borsalbe	2 Tuben	Pinzette	1 St.
Alaun	100 g	Sicherheitsnadeln	10 St.
Merc. sublim.	10 Tabl.		

Bei bestimmten Vorhaben konnte der Sanitätsoffizier natürlich nach Belieben hinzufügen, was er für nötig hielt. So nahm Dr. Seyffert, als er von Arusha über Engaruka, ⁴⁹⁾ Ngorongoro, Mbulu und Mbugwe wanderte, Lymph für 1500 Impfungen mit, außerdem Salvarsan für die Behandlung von Massai, die schon in damaliger Zeit stark von Syphilis heimgesucht wurden.

Erwähnenswert erscheinen noch die Dienstverhältnisse ⁵⁰⁾ und -bezüge der Tropenärzte. Regierungsärzte waren Beamte der Klasse 4 b. Sie erhielten ein Auslandsgehalt, das in 6 Jahresstufen von 3000 auf 7200 M stieg, dazu eine Kolonialzulage von 4700 M jährlich und eine Alterszulage von 500 M nach 9, 12 und 15 Jahren Dienstzeit. Sie konnten somit zwischen 7 700 und 13 400 M im Jahr verdienen, allerdings wurde ihnen ein

47.) Eine Last, die auf dem Kopf transportiert wurde, betrug ca. 35 - 40 Pfund.

48.) CLYDE (1962), 37 f.

49.) In der gleichen Gegend hielt ich mich 1965/66 mehrere Male auf und wurde bei dieser Gelegenheit fast meinen ganzen Vorrat an Antibiotika bei den Massai los, die täglich unser Lager umstanden und um Hilfe gegen ihre Geschlechtskrankheiten baten. Diese sind allgemein, nicht nur unter den Massai in erschreckendem Ausmaß verbreitet.

50.) SCHNEE (1920), I, 85 f., 459.

Mindesteinkommen von 9600 M garantiert. Hinzu kam für die Schutzgebiete freie Wohnung und Beihilfen zur Ausrüstung. Nach einer zweijährigen Dienstzeit stand ihnen unter Beibehaltung des Tropengehaltes ein viermonatiger Urlaub zu, Sanitäts-offiziere dagegen mußten zweieinhalb Jahre dienen. Ein Assistenzarzt im Range eines Leutnants erhielt 6300 M, ein Oberarzt = Oberleutnant 7500 M, ein Stabsarzt = Hauptmann in der zweiten Gehaltsklasse 9600 M und in der ersten Gehaltsklasse 10 800 M und ein Oberstabsarzt 14 100 M. Bei Übertritt zur Schutztruppe erhielten sie außerdem ein Ausrüstungsgeld von 1 200 M und nach Ablauf von 3 Jahren weitere 400 M jährlich. Daneben stand auch ihnen freie Wohnung zu. Die in den Tropen verbrachte Dienstzeit zählte bei der Berechnung des Pensionsalters doppelt. Regierungstierärzte waren in Klasse 5 mit der Möglichkeit, zwischen 7 300 und 11 200 M zu verdienen, eingestuft.

Die Ärzte und ihre Stationen, so weit sie auch über das ganze Land verstreut sein mochten, bildeten den Hintergrund für die Arbeit des Regierungsapothekers und der Gouvernementsapothek.

D. DIE ERSTEN KRANKENHÄUSER

Grundsätzlich muß man in Deutsch-Ostafrika wie auch in den anderen Schutzgebieten zwischen dem Krankenhaus für Europäer und dem für Eingeborene unterscheiden. Zwischenzeitlich entstanden auch noch Krankenhäuser für den asiatischen Bevölkerungsteil, vornehmlich für die Ismaeliten, die deren Finanzierung selbst übernahmen. Seit der Unabhängigkeitserklärung und der damit einhergehenden Aufhebung jeglicher Rassentrennung, sind die Krankenhäuser in Tansania jedermann zugänglich.

Die ersten Krankenhäuser in Deutsch-Ostafrika bestanden schon vor der Besitzergreifung durch die Deutschen, so das Hospital in Magila Msalabani⁵¹⁾ und das Hospital in Mamboia,⁵¹⁾ die beide von englischen Missionaren gegründet worden waren. Sie dienten - dies gilt grundsätzlich für Missionshospitäler - allen Rassen ohne Berücksichtigung der Religion. Als die Wissmanntruppe im April 1889 in die ersten Kämpfe verwickelt wurde, gab es in Bagamoyo noch kein Hospital.⁵²⁾ Die leichteren Fälle wurden an Ort und Stelle

51.) CLYDE (1962), 39.

52.) CLYDE (1962), 2 f.

versorgt, die schwereren schickte man nach Sansibar, wo zu dieser Zeit zwei deutsche Krankenhäuser existierten. Das ältere gehörte der Evangelischen Missionsgesellschaft für Ostafrika; die Behandlung der Kranken erfolgte durch den deutschen Konsultsarzt der Insel. Das neuere war ein gemeinsames Unternehmen der vorgeannten Gesellschaft und des Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien. Es diente der deutschen Handelsmarine und den von Wissmann kommandierten Streitkräften, zu denen auch sechs kleine Kriegsschiffe gehörten. Ein Marinearzt und dessen Assistent, Dr. Alexander Becker, waren die Verantwortlichen. Das neuere deutsche Krankenhaus⁵³⁾ in Sansibar erhielt 1888 die erste Krankenschwester, Bertha Wilke, die bei einem Angriff Buschiris auf Dar-es-Salaam, wo sich seit 1888 eine evangelische Missionsstation befand, gerettet werden konnte. Dr. Becker erkannte, nachdem er zur Schutztruppe getreten war, bald, daß Sansibar als medizinische Basis auf die Dauer ungeeignet war. Auf seinen Rat hin befahl Wissmann die Errichtung von Hospitälern, um die bisher auf dem Festlande üblichen Feldlazarette zu ersetzen. Ende 1889 wurden in Pangani und Bagamoyo Militärhospitäler eröffnet; letzteres groß genug, um zwanzig Deutsche und dreißig Askaris unterzubringen. Es handelte sich um ein altes arabisches Haus,^{53 a)} dem Dr. Becker einen zweiten Stock aus Holz aufsetzen ließ. Nach fünf Jahren aber war der Bau derart von Termiten zerfressen, daß er zerstört werden mußte. Die erste Krankenschwester, die nach Bagamoyo ging, starb schon nach wenigen Wochen am 24. September 1889 an cerebraler Malaria. Ihr folgten 1890 zwei weitere Krankenschwestern, unter ihnen die Gräfin Amalie von Pückler und Limpurg. Nachdem das Militärhospital in Bagamoyo eröffnet worden war, konnte das ältere der deutschen Hospitäler in Sansibar⁵⁴⁾ geschlossen werden. Als bei Verlegung des Regierungssitzes nach Dar-es-Salaam auch Dr. Becker und Dr. Kanzki Bagamoyo verließen, blieb Dr. Gärtner zur Leitung des Hospitals zurück. Nach dem oben erwähnten Niedergang dieses Hospitals und dem Absinken der Bedeutung Bagamoyos hatte ein Neubau, zumal bei der geringen Entfernung von Dar-es-Salaam wenig Sinn. Schwester Gräfin Amalie von Pückler und Limpurg überwachte daraufhin 1895 das Verschiffen der Krankenhauseinrichtung nach Lindi. Im Dezember 1896 ließ die Regierung

53.) CLYDE (1962), 4 f.

53 a.) STEUDEL (1942), 179.

54.) CLYDE (1962), 7 f.

in Bagamoyo einen fast palastartigen Distriktssitz, in dessen Grundgeschoss zwei Räume als Behandlungszimmer eingerichtet wurden, die auch heute noch nach 70 Jahren ähnlichen Zwecken dienen, bauen. Außerdem wurde in Bagamoyo⁵⁵⁾ auf Grund einer Stiftung des reichen Kaufmanns Sewa Hadji⁵⁶⁾ 1888 von katholischen Missionaren ein Leprosarium errichtet.

Nach Übersiedlung in die neue Hauptstadt Dar-es-Salaam stand den deutschen Patienten in der ersten Zeit in begrenztem Umfang das zur evangelischen Missionsgesellschaft gehörige, 1888 errichtete Hospital zur Verfügung. Am 1. April ging es zwar unter der Leitung von Dr. Kanzki in die Verwaltung des Gouvernements über,⁵⁷⁾ doch galt es als zu primitiv: "Toiletten und darüber hinaus Baderäume, in den Tropen wesentlich bedeutender als in Deutschland, machten sich allein durch ihre Abwesenheit bemerkbar", kommentierte Dr. Becker.⁵⁸⁾ Bevor er aber an den Bau eines größeren Europäerkrankenhauses ging, widmete er seine Tatkraft der Eingeborenenbevölkerung. Bis zu diesem Zeitpunkt gab es für Farbige nur ein Lazarett; in das als Europäerkrankenhause⁵⁹⁾ dienende Missionshospital durften sie im allgemeinen nicht aufgenommen werden. Der leitende Arzt war jedoch ermächtigt, Ausnahmen von dieser Bestimmung zu genehmigen. Wenn dieser Fall eintrat, erhielten die Farbigen kostenfreie Verpflegung, Behandlung und Medikamente.

Da es verhältnismäßig unwahrscheinlich war, daß der Deutsche Reichstag den Bau eines großen Hospitals allein für die Eingeborenen finanzieren würde, und andererseits die Schutzgebietsregierung ständig unter Geldnot litt, wurde es bald klar, daß hier einzig private Stiftungen helfen konnten. Auch diesmal konnte wieder der Inder Sewa Hadji für eine Spende in Höhe von 12.400 Rupien gewonnen werden, und schon 1893 kam es zum Bau des Sewa-Hadji-Hospitals. Dieses Hospital für Eingeborene und Inder, in dem den

55.) Die römisch-katholische Mission besteht dort heute noch und hat ein kleines interessantes Museum eingerichtet.

56.) CLYDE (1962), 6.: "Sewa Hadji, geb. 1851, war der Sohn eines Ismaeli Khoja, der Sekte des Aga Khan. Er verdiente sein Geld durch Ausrüsten von Expeditionen und im Handel. Später veranlaßten ihn seine philanthropischen Interessen zu Spenden für die Errichtung von Krankenhäusern an der Küste und in Sansibar."

57.) SCHMIDT-DARGITZ (1903), VI, 100.

58.) CLYDE (1962), 9.

59.) SCHMIDT-DARGITZ (1903), VI, 100.

Armen freie Behandlung gewährt wurde, schloß erst 1961 seine Pforten.⁶⁰⁾ Die Aufnahmebedingungen veröffentlichte das ostafrikanische Amtsblatt⁶¹⁾ vom 2. Januar 1897: "Die Gebühr beträgt für denjenigen, der nicht in Gouvernementsdiensten steht, eine Rupie pro Tag. Patienten, die nicht fähig sind, diese Gebühr zu zahlen, sollen ohne Bezahlung aufgenommen werden und erhalten auch Essen und Medizin ohne Berechnung. Patienten, die religiöse Vorbehalte gegen das Hospital-essen haben, müssen sich durch ihre Verwandten versorgen lassen." Im Jahre 1904/05⁶²⁾ waren 1.013 Zugänge, 1907/08 bereits 3.501 zu verzeichnen.

Auf Beckers Initiative geht auch der Bau des Europäerkrankenhauses in Dar-es-Salaam zurück; denn das dortige Hospital der Deutschen Evangelischen Mission konnte nur ein Notbehelf⁶³⁾ sein. Becker arbeitete mit einem ostafrikanischen Architekten Pläne aus, die dem Deutschen Reichstag jedoch zu aufwendig erschienen. Dennoch kam es in der Sitzungsperiode 1894/95 zu dem Beschluß, das Geld für den Bau eines Krankenhauses nach modifizierten Plänen zu bewilligen. Noch im Oktober 1895 konnte der Grundstein gelegt werden. In den "Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt", 1898, heißt es darüber:⁶³⁾ "Der Platz, der für den Neubau bestimmt ist, liegt hoch und trocken am äußeren Meeresstrande. Das Lazarett wird etwa 20 - 25 weiße Kranke aufnehmen können und daneben Wohnungen für den Arzt, Lazarettinspektor und Apotheker, Pflegeschwestern, Lazarettgehilfen sowie Verwaltungsgebäude enthalten. Einzug ist für den ersten April 1897 ins Auge genommen." Pünktlich zu diesem Termin, dem sechsten Jahrestag des Gouvernements, konnte das Gebäude in Benutzung genommen werden. Allerdings beklagte man sich in den "Arbeiten"⁶⁴⁾ aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte", 1899, noch, daß der Bau mangels Geld nur langsam voranschreite, was sich anscheinend aber mehr auf die Gesamtanlage als auf den Bau des eigentlichen Krankenhauses bezog.

60.) Ein Flügel des neuen Queen-Elizabeth-Hospitals (heute Muhimbili-Hospital) in Dar-es-Salaam trägt den Namen Sewa-Hadji.

61.) AAz.DOA (1897) 2. Januar.

62.) CLYDE (1962), 11.

63.) Ksl. GA (1898), XIV, 616.

In diesen Arbeiten wurden Berichte aus den Schutzgebieten häufig erst mit mehrjähriger Verspätung veröffentlicht.

64.) Ksl. GA (1899), XV, 340.

Über die vorläufige Verwendung des fertiggestellten Teiles wurden detaillierte Angaben gemacht: "Im Untergeschoss Wohnzimmer für die Pflegeschwestern, Lazarettbüro, Lazarettbibliothek (zugleich Untersuchungszimmer), Apotheke, Zimmer für zwei Lazarettgehilfen, Magazin, Zelle mit Bad und Klosett für einen Geisteskranken, Operationszimmer. Im Oberstock Chemisch-mikroskopisches Laboratorium, großer Saal mit Veranda für Kranke 2. Klasse (8 Betten), 7 Zimmer für Kranke 1. Klasse (zu je einem Bett) und Zimmer für den Lazarettinspektor. In einem Nebenraum ist der Destillationsapparat." Zwei Jahre später war das Krankenhaus bis auf das Stationshaus⁶⁵⁾ und die Seuchenbaracke endgültig fertiggestellt. Eine Beschreibung der Anlage ist den Medizinalberichten des Jahrs 1907/08⁶⁶⁾ zu entnehmen: "Geschickt ist der Eindruck vermieden worden, einen europäischen Bau hinzustellen, der das schöne Landschaftsbild mit seiner für die ostafrikanische Küste charakteristischen Vereinigung von Kokospalmen und Mangobäumen - dazu kamen später noch Bougainvilla und Frangipani⁶⁷⁾ - abscheulich zerstört hätte. So, wie es jetzt dasteht, in einfach vornehmem, arabischen Stil, paßt es ausgezeichnet zu seiner Umgebung und bildet ein stimmungsvolles Gemälde. Die drei Hauptgebäude, welche miteinander durch überdachte hallenartige Gänge verbunden sind, wurden in mehrjährigen Zwischenpausen nacheinander errichtet."

Inzwischen war auch ein Wohngebäude für Ärzte und Schwestern sowie eine Malariabaracke erstellt worden. Das Wohngebäude, das sich an der nördlichen Seite dem Hauptbau anschloß, umfaßte in zwei Stockwerken je vier Zimmer nebst einer großen und kleinen Loggia. Das Erdgeschoß diente Arzt, Tierarzt und Apotheker, der Oberstock den Schwestern zur Wohnung. Der Medizinhistoriker Dr. F. Clyde, der allgemein eine recht hohe Meinung von den Leistungen des deutschen Medizinalwesens in Ostafrika hatte, bemerkte⁶⁸⁾ zu diesem Bau, daß er einer der zweckmäßigsten und fehlerfreisten Bauten der deutschen Kolonialzeit sei, was schon allein dadurch bezeugt wurde, daß ihm

65.) Ksl. GA (1901), XVII, 510.

66.) Med. BSG (1907/08, 22 - 26.

67.) CLYDE (1962), 11.

68.) Persönliche Mitteilung.

fünfzig Jahre später noch ein Flügel angebaut wurde.⁶⁹⁾

1895 wohnten in Tanga 5 - 6.000 Menschen, darunter 75 Europäer. Das machte die Errichtung eines kleinen Europäerhospitals erforderlich. Dr. Plehns erste Tat⁷⁰⁾ für Tanga war, daß er mit Becker übereinkam, Ende 1895 ein gerade fertiggestelltes zweistöckiges Haus zu mieten, das er als Hospital einrichtete und schon im Januar 1896 eröffnen konnte. Der erste Stock erhielt vier Räume mit Betten für acht Europäer; das Grundgeschoss drei Abteilungen für fünfzehn andere Patienten. Dr. Plehn selbst wohnte im Obergeschoß neben einer kleinen Apotheke und einem bakteriologischen Laboratorium. Gouvernements- und Schutztruppenangehörige genossen freie Aufnahme, währen den übrigen Europäern für einen Verband oder ein Medikament 1/2 bis 1 Rupie in Rechnung gestellt wurde. Von zahlungsfähigen Arabern, Indern und Eingeborenen verlangte man für einen Verband oder ein Medikament zwei Annas; arme Patienten kamen dagegen kostenlos in ihren Genuß.⁷¹⁾ Dieses Hospital war jedoch nur kurz in Betrieb; denn gegen Ende desselben Jahres erfolgte schon der erste Spatenstich für ein neues Regierungshospital in Tanga.

Das fünfte Krankenhaus an der Küste Deutsch-Ostafrikas wurde in Lindi errichtet, wohin die Gräfin Amalie von Pückler-Limpurg die Einrichtung des aufgegebenen Krankenhauses von Bagamoyo hatte verschiffen lassen. Dieses Hospital⁷²⁾ konnte Ende 1895 seiner Bestimmung, der es bis 1955 nicht entfremdet wurde, übergeben werden. Im Anfang schien es etwas zu anspruchsvoll geplant worden zu sein; denn 1896 hatte es nur 14 Zugänge. Alle diese Maßnahmen waren grundlegender Art; denn sie schafften an der Küste stabilere Gesundheitsverhältnisse, die es den Deutschen erlaubten, sich hier niederzulassen. Dagegen sah es im Inland schlechter aus, wo es wie in Mwanza und Bukoba noch keine festen Gebäude gab. In der erstgenannten Stadt⁷³⁾ mußte man sich 1894 noch mit einer Hütte, die bisher als Vorratslager für Elfenbein gebraucht worden war, als Lazarett begnügen; Mwanza erhielt erst 1910 ein festes Hospital.

69.) 1965 diente dieses Hospital als Entbindungsheim für alle Rassen. In den Jahren 65/66 wurde es von dem österreichischen Arzt Dr. Schuppler geleitet.

70.) CLYDE (1962), 19.

71.) SCHMIDT-DARGITZ (1903), VI, 93.

72.) CLYDE (1962), 14.

73.) l.c. 12, 37.

1899 wurden die erkrankten Europäer in Udjidji vorläufig in ihren Häusern behandelt und gepflegt. Ein Hospital für Eingeborene lag 70 m nördlich der Station und wird in den "Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte" folgendermaßen beschrieben:⁷⁴⁾ "Es ist in Quadratform mit etwa zwanzig Schritt langen Seiten gebaut. Die südliche Seite nimmt eine Mauer mit Toreingang ein, die übrigen Seiten nehmen zehn kleinere Räume ein, die drei der östlichen Seite dienen als Krankenzimmer, auf der Westseite Revierstube, Apotheke und Wohnung für einen farbigen Lazarettgehilfen. Den Zimmern ist ein Stockwerk aufgesetzt, wo der europäische Lazarettgehilfe seine Wohnung hat."

1897 war in Moshi⁷⁵⁾ mit dem Bau eines Eingeborenenkrankenhauses begonnen worden, während auch hier die Europäer in ihren Häusern behandelt wurden. Der starke Zuzug von Europäern in die bevorzugten Gebiete von Arusha machte es auch dort verhältnismäßig früh notwendig, ein Krankenhaus für Weiße zu bauen, das aber erst 1912 fertiggestellt wurde. Es enthielt folgende Räume:

- 1.) Vorraum als Warteraum für poliklinische Kranke
- 2.) Poliklinik
- 3.) Mikroskopieraum und Apotheke
- 4.) Dienstzimmer
- 5.) Operationszimmer
- 6.) Dunkelzimmer
- 7/8.) Europäerzimmer
- 9.) Badezimmer

Als der Bau der Zentralbahn Morogoro erreichte, brach dort eine Amöbenruhrpepidemie aus, die den Bau eines Hospitals⁷⁶⁾ notwendig machte. Als die Bahn 1909 bis Tabora vorangetrieben worden war und mehr als 12.000 Menschen bei der Firma Ph. Holzmann beschäftigt waren, verlegte man dieses Hospital weiter nach Dodoma. Außerdem muß noch bemerkt werden, daß sich bei fast jeder Sanitätsstation eine stationäre Ambulanz für die ortsansässige Bevölkerung befand.

74.) Ksl. GA (1899), XV, 342.

75.) Ksl. GA (1899), XV, 343.

76.) CLYDE (1962), 36.

Zum Abschluß sei noch auf die Tätigkeit der Missionen verwiesen, die nach Meinung⁷⁷⁾ des Staatssekretärs im Kolonialamt, Dernburg, auf dem Gebiete der Gesundheitspflege für die eingeborene Bevölkerung besonders fruchtbar sein könnte. In der Tat haben die Missionen eine relativ bedeutende Rolle in der medizinischen Versorgung Deutsch-Ostafrikas gespielt. 1911 eröffneten evangelische Missionare zwei Hospitäler,⁷⁸⁾ eines in Machame am Kilimandscharo durch Dr. Ittameier von der Leipziger Missionsgesellschaft, und das andere durch Dr. Oehme von der Berliner Mission in Kidugala, Ubenä. Letzterer erhielt außerdem noch aus dem Budget des Medizinalreferats 500 Rupien, um eine Außenstation aufzubauen. Außer diesen Hospitälern betrieb der Evangelische Afrikaverein das Irrenasyl Lutindi, während die Brüdergemeinde (1911) fünf Lepradörfer, die Bielefelder Mission ein und die Berliner Mission vier Leprosarien unterhielt.⁷⁹⁾ Die protestantischen englischen Missionen hatten ihre Arbeit, wie schon erwähnt, wesentlich früher begonnen. Die Katholischen Missionen dagegen betätigten sich in größerem Maßstab erst sehr viel später auf dem Gebiete des Gesundheitswesens. Bis 1914 unterhielten sie in Deutsch-Ostafrika kein von einem Arzt geleitetes Hospital. Andererseits aber hatten viele Ordensschwestern eine halbärztliche Grundausbildung genossen, und dazu arbeiteten auf einigen ihrer Stationen medizinische Hilfskräfte, deren Ausbildungsstand nicht immer klar umrissen werden konnte, die aber dem Lande unschätzbare Dienste leisteten.

77.) CLYDE (1962), 38.

78.) CLYDE (1962), 39.

79.) SCHNEE (1920), I, 87.

2. Kapitel

DIE GOUVERNEMENTSAPOTHEKE

A.) NOTWENDIGKEIT EINER REGIERUNGSAPOTHEKE

Bereits 1895 arbeiteten unter Dr. Becker, dem Organisator des Medizinalreferats 18 Ärzte im Sanitätswesen der Schutztruppe.¹⁾ Noch 1894 in den Kämpfen gegen die Wahehe hatte er auf eigene Kosten Bandagen in Dar-es-Salaam kaufen²⁾ müssen. Versuche, kleinere Sanitätsdepots, die von Sanitätsunteroffizieren unter Aufsicht eines Arztes geleitet wurden, anzulegen, gab es zwar, doch blieb die arzneiliche Versorgung der kämpfenden oder stationierten Truppe so lange gefährdet, wie kein echtes zentrales Depot bestand. Auch war es im Notfall kaum möglich - so lange nicht jemand hauptamtlich damit beauftragt wurde - die Herstellung von Medikamenten oder Verbandmaterial zu improvisieren. Ein weiteres Problem bestand in den vergleichsweise riesigen Entfernungen, die in dem Schutzgebiet zu bewältigen waren und die damit verbundenen hohen Transportkosten in der Arzneimittelversorgung. Ein Beispiel möge verdeutlichen, wie sehr die Trägerkosten ein Medikament verteuerten.³⁾

Aus Berlin wurden am 1. Juni 1907 geliefert:

10 x 1 kg Hydrogenium peroxydatum		
1 kg	a 0,55 M	= 5,50 M
10 Glasstöpselflaschen	a 1,20 M	= 12,00 M
Exportkiste		= 9,20 M
Schiffsfracht Hamburg - Dar-es-Salaam		= 2,50 M
Trägerlöhne bis Usambara		
etwa 3 Trägerlasten je 23 Rupien		= 92, -- M
Summe		121,20 M

Abgesehen von Verlusten, Bruch etc. und Arbeitslöhnen betrug der Preis ca. 12,10 M für 1 kg H_2O_2 . In Deutschland kostete 1 kg zur gleichen Zeit 2,85 M. (rezepturmäßig verordnet mit Stöpselflasche) Schon daraus ist zu ersehen, daß unter diesen Umständen die Versorgung des Hinterlandes, solange es noch keine billigeren Transportmittel gab,

1) Ksl. GA (1896), XII, 9.

2) CLYDE (1962), 14.

3) KETTELER (1941), 14.

ausschließlich Sache der Verwaltung bleiben mußte. Dabei war es von Dar-es-Salaam bis in die Usambaraberge noch eine verhältnismäßig geringe Entfernung, bis zum Tanganyikasee betrug diese fast dreimal so viel. Außerdem war die Arzneiversorgung auch deshalb Sache der Verwaltung, weil die meisten Außenposten ausschließlich aus Schutztruppenstationen bestanden, und in allen deutschen Schutzgebieten die Angehörigen der Truppe und die Angestellten der Zivilverwaltung sowie deren Angehörige Anspruch auf freie Arzneimittellversorgung aus amtlichen Beständen hatten.

Es ergab sich somit die Notwendigkeit, an zentraler Stelle ein Sanitätsdepot, das allen Eventualitäten, etwa Aufständen oder Ausbleiben eines Schiffes, in befriedigender Weise begegnen konnte, unter fachkundiger Leitung zu errichten. Der Tendenz Dr. Beckers, nach einer mehr zivileren Regierung zufolge, sollte es nicht wie in Südwestafrika⁴⁾ ein Schutztruppsanitätsdepot mit einem Stabsapotheker als Leiter, sondern eine Regierungsapotheke mit einem Regierungsapotheker an der Spitze sein.

B.) DER AUFBAU DER GOUVERNEMENTSAPOTHEKE

1.) als Anhang des Europäerkrankenhauses

Nach modifizierten Plänen von Dr. Becker war das neue große Europäerkrankenhaus in Dar-es-Salaam angelegt worden, und demzufolge dürfte es ihm zu verdanken sein, daß in diesem der Regierungsapotheke verhältnismäßig viel Platz reserviert wurde. In einer Beschreibung⁵⁾ des Gouvernementskrankenhauses heißt es, daß im Hauptbau von den vier großen Räumen des Erdgeschosses drei dem Lazarettdepot als Magazin- und Packräume überwiesen worden seien, während man die kleineren Zimmer des Erdgeschosses als Apotheke mit Instrumentenmagazin und als chemisches Laboratorium eingerichtet habe. Wo die Arzneimittel bis zum Einzug in diese Räume gelagert wurden, ist nicht mehr bekannt. F. Clyde⁶⁾ nimmt an, daß dieses im oder in unmittelbarer Nachbarschaft des Sewa-Haji-Hospitals geschah, doch ließen sich dafür keine belegbaren Anhaltspunkte mehr finden. 1897 konnte diese Apotheke von dem Regierungsapotheker Gustav Giemsa bezogen werden, dem als europäische Mitarbeiter⁷⁾ ein Sanitätsunteroffizier und ein Kanzleigehilfe zur Seite standen. Fast 14 Jahre haben die Räume im Europäerkranken-

4) ADLUNG-URDANG (1935), 296.

5) Med. BSG (1907/08), 22 - 26.

6) Mündliche Mitteilung, Januar 1965.

7) Med BSG (1908/09), Ärztlicher Teil, Allgemeines.



Abb. 1 Von den Deutschen erbautes Europäerkrankenhaus in Dar-es-Salaam.



Abb. 2 Dienstwohnung des Regierungsapothekers.

haus Giemsa und seinen Nachfolgern als Apotheke gedient.

2.) Neuerrichtung als selbständige Einheit

Die Unterbringung der Apotheke im Krankenhaus konnte jedoch keine Dauerlösung sein, und, da sich die Klagen häuften, plante man bald den Bau eines eigenen Apothekengebäudes. Aus dem Jahre 1909 datiert der Vorentwurf zu einer Eingabe von unbekannter Hand, der deshalb vollständig wiedergegeben werden soll, weil er eines der wenigen noch erhaltenen, das Apothekenwesen in Deutsch-Ostafrika betreffenden Zeugnisse ⁸⁾

im Archiv von Tansania ist: "Dieser Neubau ist bereits früher beantragt, aber wegen mangelnder Mittel immer wieder zurückgestellt worden. Seine Ausführung ist nunmehr zur dringenden Notwendigkeit geworden. Auf die Ausführungen im Bericht zum Etat für 1908 vom 8.5. 07 No. 562 (zu Kap. I Tit. 1 e) wird gehors. Bezug genommen. Ich überreiche als Anlage 12 eine Zusammenstellung der den Neubau begründenden Tatsachen. Die Überfüllung des hiesigen Krankenhauses in den krankheitsreicheren Monaten (Mai und Juni) ist allmählich zu einem großen Mißstande geworden, der dringend die Abhilfe bedarf. Daß mehrfach hintereinander Kranke wegen Vollbelegung abgewiesen werden müssen, daß Kranke, die der Isolierung bedürfen, kein Einzelzimmer erhalten können, ist ein Zustand, der auf die Dauer nicht haltbar und auch einer großen Verwaltung nicht würdig ist. Abgesehen von der Lösung der Platzfrage ist die Verlegung des Depots auch deshalb notwendig, weil das Packen und Zunageln von Kisten für den Versand von Medikamenten an die Stationen mit einem Lärm verbunden ist, der in Anbetracht der guten Schalleitung des hallenartigen Gebäudes in einem zur Unterbringung von Schwerkranken bestimmten Hause möglichst vermieden werden sollte."

Wenig später erfolgen Vorschläge, ⁹⁾ was mit dem frei werdenden Raume im Krankenhaus geschehen könne: "Von den insgesamt 31 Räumen des hiesigen Gouvernementskrankenhauses werden angeblich verwendet:

4 Zimmer als Lager u. Arbeitsraum für das Sanitätsdepot (damit inzwischen 1 Raum mehr als in den Anfängen)

1 Arbeitsraum für den Apotheker

1 Apothekenzimmer

Bei einem Verlegen des Sanitätsdepots außerhalb des Lazarets würden 3 Lagerräume frei, die als Krankenzimmer mit insgesamt 12 - 14 Betten belegt werden könnten. (Normalbelegungszahl 31 Betten). Für den 4. Lagerraum könnte neben dem Arztsprechzimmer ein Verbandszimmer eingerichtet werden, welches einem dringenden Bedürfnis abhelfen würde. Bei Verlegung des Apothekenzimmers könnte eine Schwesterwohnung eingerichtet werden wodurch im Oberstock ein Einzelzimmer zur Krankenbelegung frei würde."

8) N A T G F: III, A2, Vol. II (1910), 127.

9) N A T G F: III, A2, Vol. II (1910), 139.



Abb. 3 Regierungsapotheke in Dar-es-Salaam (1913)

thekern geleitet, in Daressalam und Lindi ist außerdem z. Z. noch je ein approbierter Apotheker als Gehilfe tätig.

Sanitätsdepot in Daressalam.

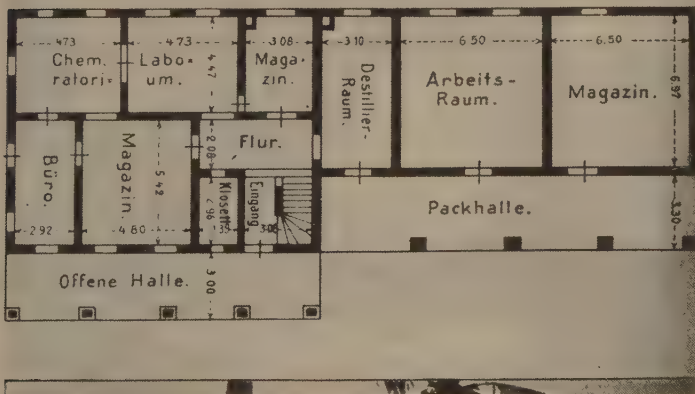


Abb. 4 Grundriß der Regierungsapotheke



Abb. 5 Nordöstliche Ansicht der ehemaligen deutschen Regierungsapothek (1966)



Abb. 6 Südöstliche Ansicht der Regierungsapothek (1966)

Im Finanzjahr 1910 wurden die Mittel für einen Neubau bewilligt. Da unverzüglich mit dem Bau begonnen wurde, konnte im Februar 1911 die neue Regierungsapotheke bezogen werden.¹⁰⁾ Sie liegt unweit des Krankenhauses am Strande und beherbergt heute (1967) eine zentrale Zahnklinik. Es ist ein zweistöckiges Haus in massiver Bauweise mit einem leichter ausgeführten einstöckigem Anbau. Der erste Stock diente dem Apotheker als Wohnung, während sich im Erdgeschoß und im Anbau die 9 Diensträume befanden, von denen drei als Magazin, zwei als chemisches Laboratorium, und je einer als Büro, Arbeitsraum, Destillierraum und Packhalle¹¹⁾ dienten. Bei einer Grundfläche von über 300 qm besaß die Regierungsapotheke eine Arbeitsfläche von 262 qm. Außerdem¹²⁾ standen dem Sanitätsdepot neben einem alleinstehenden massiven Schuppen zur Unterbringung feuergefährlicher Stoffe noch 2 Nebenräume im Krankenhaus zur Verfügung; in dem einen lagerte die Kriegsreserve an Arznei- und Verbandmitteln für den Mobilmachungsfall, in dem anderen eine hygienische Reserve, Desinfektionsmittel und Apparate, und fliegende bakteriologische Laboratorien zur Seuchenbekämpfung. In dieser Form mußte die Regierungsapotheke den Engländern überlassen werden.

C.) AUFGABEN DER REGIERUNGSAPOTHEKE

1.) als Apotheke und Sanitätsdepot

Neben der Regierungsapotheke in Dar-es-Salaam gab es eine weitere in Tanga, die jedoch nicht von einem Apotheker geleitet wurde. Diese Art Apotheken durfte Arzneimittel nur für den Bedarf der Krankenhäuser und an Beamte oder Schutztruppenangehörige abgeben, die zum unentgeltlichen Empfang von Medikamenten berechtigt waren. Ferner bestanden Arznei- Dispensieranstalten unter Leitung der betreffenden Stationsärzte bei allen Sanitätsdienststellen im Lande.¹³⁾ Sie versorgten die amtlichen Europäer- und Eingeborenen- Hospitäler der Stationen mit Arzneimitteln, Verbandmitteln und ärztlichen Instrumenten. Bei Bedarf konnte auch an Privatpersonen Arznei gegen Vergütung verabfolgt werden, sofern keine öffentliche Apotheke am Orte war. Bei der Berechnung der Preise wurde die jeweils gültige deutsche Arzneitaxe mit einem Aufschlag von 100 % zu Grunde gelegt.¹⁴⁾ Alle Dienststellen des Gouvernements und

10) Med. BSG (1910/11), 26.

11) l. c. 26.

12) Med. BSG (1910/11), 27.

13) SCHULZE (1913), 25.

14) AAz.DOA (1910), 24. Oktober.

die "Regierungsapotheke" in Tanga deckten ihren Bedarf in Dar-es-Salaam, wo durch regelmäßige Lieferung aus Deutschland stets ausreichende Bestände aller Art vorrätig gehalten wurden.¹³⁾ In den Jahren 1906 und 1907 belief sich der Wert der Einfuhr an Arzneimitteln durch die Regierung mit Ausnahme von Seifen, Farbwaren, Glycerin, alkoholischen Produkten und Putzölen auf 62.684 M resp. 77.343 M, was in beiden Fällen ca. 30 % der Gesamteinfuhren an Apothekerwaren ausmachte.¹⁵⁾ Gegenüber 1904 stellte es im Geldwert zwar eine Steigerung über das Doppelte dar, bedeutete aber gegenüber 1904 mit einem Anteil von 43,5 % an der Gesamteinfuhr an Apothekerwaren einen Rückgang.¹⁶⁾ Für das Jahr 1913 wiesen die Etatsvorschläge des Medizinalreferats allein für die beiden großen Krankenhäuser in Dar-es-Salaam und Tanga an Medikamenten 40.000 M aus,¹⁷⁾ die sich folgendermaßen aufschlüsselten.¹⁸⁾

Allgemeine Kosten Europäerkrankenhaus

Dar-es-Salaam	57.650 Rp.
Kosten für Medikamente	12.000 RP.
Allgemeine Kosten Tanga	50.079 Rp.
Medikamente Tanga	15.000 Rp.
Allgemeine Kosten Sewa Hadji	18.000 Rp.
Medikamente	13.000 Rp.

Anforderungen waren von dem Depot über den Gouverneur an die Zivilabteilung des Reichskolonialamtes zu richten. Der Korpsstabsapotheker im Reichs-Kolonialamt, dem die Bestellungen zugeleitet wurden, hatte für die Beschaffung sowie für eine ordnungsmäßige see- und tropensichere Verpackung zu sorgen:

"Alle für die Schutzgebiete bestimmten Gegenstände wurden zu Schutz gegen Seewasser, Regen und klimatische Einflüsse, sowie gegen Term ten und andere Insekten in Kisten mit Blecheinsatz zum Versand gebracht. Auch die Sanitätsbehältnisse waren aus Blech hergestellt."¹⁹⁾

15) Deutsch-Ostafrika als Ein- und Ausführmarkt (1909), XIII, 729 f.

16) Dtsch. Kol. Bl. 21 (1905), 1. November. Beilage.

17) SCHNEE (1920), I, 697.: Der Kurs der Rupie wurde mit dem 28. Febr. 1904 zu 15 Rupien = 20 Mark bestimmt.

18) N A T G F: III, A2, Vol. I (1912), 63.: Etatsvorschläge des Medizinalreferats: Die allgemeinen Kosten in Tanga waren niedriger, da sich das Krankenhaus aus einem Europäer- und einem Eingeborenenhospital zusammensetzte. Da sich die Eingeborenen selbst verpflegten, dagegen aber in größerer Anzahl die Hospitäler beanspruchte, verringerten sich die allgemeinen Kosten, während für Medikamente ein höherer Betrag angesetzt werden mußte. Siehe auch Sewa-Hadji-Hospital.

19) KETTLER (1941), 15.

"Die Lieferung des gesamten amtlichen Bedarfs an medizinischen, pharmazeutischen und ähnlichen Präparaten, sowie an Instrumenten, wurde für sämtliche deutschen Schutzgebiete einer Berliner Firma übertragen und mit dieser im Jahre 1896 ein 10-jähriger Lieferungsvertrag abgeschlossen. Dieser Vertrag wurde entgegen der Stellungnahme des als Sachverständigen hinzugezogenen Korsekretärs-Apothekers Nothnagel bis 31. März 1909 verlängert. Angesichts der Tatsache, daß die Lieferung an Arzneimitteln im Jahre 1906 bereits die Summe von 1.100.000 Mark erreichte und dabei der Berliner Firma, selbst Großhandel, ein Aufschlag von 10 % auf die Großhandelspreise gewährt wurde, ist es verständlich, daß gegen diesen Monopolvertrag seitens interessierter Kreise heftig angekämpft wurde. So kam es, daß im Jahre 1907 auf Grund einer Resolution des Reichstages, auf Abschaffung aller Monopolverträge, auch dieser Vertrag gekündigt wurde."

So schreibt J. Ketteler in seiner kleinen Broschüre über die Arzneimittelversorgung und das Apothekenwesen in den deutschen Kolonien unter dem Abschnitt Arzneimittelversorgung seitens der Militär- und Zivilverwaltungen.²⁰⁾ Er fährt fort:

"Mit der Berliner Firma wurden darauf Verhandlungen angeknüpft zwecks Ermäßigung der Preise bis Ablauf des gekündigten Vertrages. Als jedoch diese Bemühungen gescheitert waren, beschloß das Reichskolonialamt, nur noch den amtlichen Bedarf zu beziehen, wozu man bis 1909 vertraglich verpflichtet war. Den Gouverneuren der einzelnen Kolonien wurde daraufhin empfohlen, den Arzneimittelbedarf aller Weißen und Eingeborenen, die nicht in Diensten des Gouvernements standen, von beliebigen anderen Firmen zu beziehen, und zwar möglichst von den Fabrikanten direkt und nicht mehr über diesen Großhandel."

Dieser Vertrag mußte naturgemäß die Entwicklung des privaten Apothekenwesens in Deutsch-Ostafrika nachteilig beeinflussen.

Eine Defekture größerer Stiles gab es in der Regierungsapotheke nicht. Anders als in Deutschland, wo vor dem ersten Weltkrieg noch weitgehend alles in der eigenen Apotheke hergestellt wurde, griff man in den Kolonien schon in viel größerem Maße auf Spezialitäten zurück. Nur für die unmittelbaren Bedürfnisse der Krankenhäuser in Dar-es-Salaam pflegten Rezepturen angefertigt zu werden. Erst der I. Weltkrieg sollte zeigen, daß man auch in Ostafrika in der Lage war, in großem Stil defekturmäßig zu arbeiten.

2.) Als chemisches Untersuchungslaboratorium

Neben die geschilderte rein versorgungstechnische Aufgabe der Apotheke trat als ein nicht unwesentlicher Teil die Funktion als chemisches Laboratorium, die Ketteler in

20) KETTELER (1941), 16.

seiner Darstellung vollkommen außer Acht läßt. Nach dem Deutschen Koloniallexikon²¹⁾ sollten die chemischen Laboratorien wissenschaftlichen und technisch-chemischen Untersuchungen im Interesse der Landwirtschaft, des Handels, des Bergbaus und des Gesundheitswesens in den Kolonien dienen. In Deutsch-Ostafrika bestand neben demjenigen in Dar-es-Salaam ein weiteres am biologischlandwirtschaftlichen Institut in Amani, das aber ausschließlich dessen Zwecken gedient haben dürfte.

Unabhängig vom ärztlichen Laboratorium sind im chemischen Laboratorium der Regierungsapotheke zu Dar-es-Salaam unter der Leitung des Gouvernementsapothekers chemische Untersuchungen für Regierungsstellen und Private ausgeführt worden. Über die Tätigkeit im einzelnen gab Dr. Schulze 1911 folgenden Bericht:²²⁾

"Zur Untersuchung gelangten im Berichtsjahr 162 Proben.

Von diesen betrafen

- 67 Wasserproben
- 15 Nahrungsmittelproben
- 18 physiologische Untersuchungen
- 55 Arzneimitteluntersuchungen
- 3 Sonstige.

Im wesentlichen wurden die Untersuchungen in amtlichen Auftrag vorgenommen, nur einzelne Wasseruntersuchungen wurden auf Antrag von Privatleuten ausgeführt.

Bei den Wasserproben handelte es sich in 17 Fällen um Feststellung der Verwendbarkeit zu technischen Zwecken und 31 Sodawasserproben waren auf Reinheit zu prüfen.

Die Untersuchung von Nahrungsmitteln erstreckte sich auf Milch, Palmenwein, Öl, Weinmost, Orangensekt und Zucker.

Von letzterem war eine Probe eingeliefert unter dem Verdacht, mit Kupfervitriol versetzt zu sein. Die verdächtig erscheinene stellenweise Blaufärbung erwies sich jedoch als durch all zu reichlichen Ultramarinzusatz entstanden.

Die physiologischen Untersuchungen beschränkten sich ausschließlich auf Harnzuckerbestimmungen.

An Arzneimitteln gelangten neben indischen Medizinen auch verschiedentlich Chinin-tabletten deutscher Herkunft zur Untersuchung, von denen eine Probe beanstandet wurde weil die Tabletten in 0,3 % Salzsäure geworfen, nach zwei Tagen noch nicht völlig zerfallen waren, weil ferner das verwendete Chininsalz über 1 % Nebenalkaloide der Chinarinde enthielt und weil außerdem die Tabletten untergewichtig waren.

Ferner wurde ein Mineral untersucht, das als hochprozentiges Magneteisenerz festgestellt wurde. Schlammproben aus der Umgebung heißer Schwefelquellen bestanden aus Kalziumkarbonat mit erheblichen Mengen von ausgeschiedenem Schwefel. Eine Probe von Aus-

21) SCHNEE (1920), I, 269.

22) Med. BSG (1911/12), 124.

scheidungen aus der Umgebung einer anderen warmen Quelle war fast technisch reiner kohlensaurer Kalk."

Wasseruntersuchungen wurden zu einer Hauptaufgabe des Laboratoriums; einmal wegen der allg. ein unzureichenden hygienischen Verhältnisse in der Kolonie und zum anderen, weil sich die Neuansiedler über die Brauchbarkeit des entweder erbohrten oder von Flüssen erhaltenen Wassers klar werden mußten. Darüberhinaus galt es Anfragen nach der Brauchbarkeit bestimmter Wässer für die Getränkeherstellung, der sich in nicht immer hygienischer Weise die Inder befleißigten ²³⁾, zu beantworten. Kurz vor der Jahrhundertwende mußte bekanntgemacht werden, wie in Zukunft eine sachgemäße Untersuchung der eingeschickten Proben gewährleistet werden konnte: ²⁴⁾

"Als Gefäße zur Aufnahme der Wasserproben sind sechs gefärbte Weinflaschen zu verwenden, nachdem diese von den alten Etiketten befreit und innerlich mit Sand und Wasser gründlich gereinigt worden sind, werden sie zunächst fünfmal ausgespült. Darauf werden die Flaschen bis zum Stopfen gefüllt, mit sauberen Korken gut verschlossen und mit Bindfaden überbunden, versiegelt und mit Signaturen versehen mit der Bezeichnung von Ort, Datum und Zweck. Zum Zweck der Untersuchung von Sodawasser sind ebenfalls 6 Flaschen einzureichen."

Auch im Jahre 1910/11 standen Wasseruntersuchungen weiter im Vordergrund der Tätigkeit des Laboratoriums. Von den 135 Proben, die auf Antrag verschiedener Dienststellen des Gouvernements sowie der Bauleitungen der Zentral- und Usambarabahn zur Untersuchung gelangten, waren

- 91 Wasseruntersuchungen
- 14 Nahrungsmitteluntersuchungen
- 8 physiologische Untersuchungen
- 22 toxikologische Untersuchungen

Von den Wasserproben sollten nach dem Bericht ²⁵⁾ des Apothekers und Nahrungsmittelchemikers Dr. Schulze 28 auf ihre Brauchbarkeit als Trinkwasser, 35 außerdem auf ihre Verwendbarkeit als Kesselspeisewasser und nicht weniger als 28 Sodawasser auf Reinheit untersucht werden. Eine geringe Anzahl der Trink- und Sodawasserproben wurde nur wegen erheblichen Gehalts an Ammoniak und salpetriger Säure als verunreinigt und für den menschlichen Genuß ungeeignet ausgeschieden. Größer war der Prozentsatz der Beanstandungen bei den als Kesselspeisewasser eingelieferten Proben, wobei Wässer aus neuerbohrten Brunnen zur Untersuchung kamen, die bis 143 deutsche Härtegrade aufwiesen und sich somit als denkbar ungeeignet erwiesen.

²³⁾ DOA Ztg. 63 (1909), 11. August.
²⁵⁾ SCHULZE (1913), 27 f.

²⁴⁾ AAz.DOA, 33 (1900), 16. November.

Nach einigen Bemerkungen zu den physiologischen und Nahrungsmitteluntersuchungen gibt Dr. Schulze eine recht interessante Übersicht über seine Tätigkeit als forensischer Chemiker, eine für einen Apotheker durchaus als selten zu betrachtende Beschäftigung:

"Zur Prüfung auf Vorhandensein von Giften waren in 6 Fällen Leichenteile eingesandt, allerdings stets in so unzureichenden Mengen, daß sich daraus vielleicht der resultatlose Verlauf fast aller dieser Untersuchungen erklärt. Nur in einem Falle konnte Quecksilber in Magenteilen eines Kindes nachgewiesen werden. Aber auch hier war das zu Verfügung stehende Untersuchungsmaterial so außerordentlich gering, daß der Nachweis einer stattgefundenen Vergiftung mit Sicherheit nicht zu erbringen war.

Ein angeblicher Palmenwein hatte anscheinend nur infolge seines Alkoholgehaltes Vergiftungserscheinungen hervorgerufen.

Andere auf Gifte zu untersuchende Proben betrafen Eingeborenearznei und Zaubermittel, die an verschiedenen Orten bei Leuten beschlagnahmt waren, die des Giftmordes bzw. des Giftmordversuches beschuldigt wurden. Durchweg handelte es sich bei solchen sogenannten Medikamenten, worauf auch schon die ganze äußere Aufmachung schließen ließ, um Sympthiamittel. So fanden sich unter diesem Material zusammengerollte Rindenstückchen, die mit kleinen Früchten, Steinchen und Stoffresten gefüllt waren, mit Stoffetzen umwickelte Steine und Harzstückchen, ferner Rinden, Hölzer, Wurzeln, Bambusgefäße mit Tamarindenmus, Öl u.a.m."

Dr. Schulze macht weiter keine Angaben über die Ergebnisse der toxikologischen Untersuchungen, doch geht aus einigen seiner Gutachten hervor, daß nicht immer harmlose Eingeborenemedikamente eingesandt wurden. Anfang Mai 1913 richtete Stabsarzt Dr. Engels aus Morogoro folgendes Schreiben²⁶⁾ an das Sanitätsdepot:

"Am 2.5. 1913 erklärt der Mwinyiwazili Kerani des Jumben Swapanga: Vor sieben Tagen war mein kleines vier Monate altes Kind krank. Meine Frau Namponda bat die "mganga" Binti Kirika um Dawa. 27) Diese brachte Dawa. Da das Kind nicht allein trinken konnte, machte es meine Frau dem Kinde vor und trank auch von der Dawa. Das kleine Kind trank auch ein wenig. Meine zweite Frau trank auch von der Dawa. Um 8 Uhr vormittags tranken sie, um 10 Uhr war meine Frau tot und kurz darauf das Kind. Meine zweite Frau liegt seit der Zeit todkrank darnieder. Die Dawa ist ein Absud aus Rinden und Wurzelstücken. Von welchen Bäumen weiß ich nicht.

2.) Binti Kirika Mkami beim Jumben Swapanga:

Die Namponda kam zu mir und wollte Arznei für ihr krankes Kind. Ich ging dann und machte eine Dawa. Ich nahm die Rinde und Mkuyu und die Wurzeln des Msassa, endlich die Rinde des Mgudebaumes. Diese drei Sachen kochte ich mit Wasser und gab das dem Weib zu Trinken. Auch ich selbst trank von dem Gebräu, zusammen mit der

26) NATGF: V, H 18, (1913), 13.

27) Dawa = Arzneimittel, Jumbé = Dorfschulze.

Namponda, dem Kind und der zweiten Frau des Mwinyiwazili. Ich bestreite auf das entschiedenste, Gift in die Dawa, die selbst giftig ist, getan zu haben. Der Mwinyiwazili übergibt den Topf mit dem Rest der Dawa.

U.R. Sanitätsdienststelle Hier.

ergebenst mit der Bitte, die Dawa gemäß mündlicher Rücksprache dem Sanitätsdepot einsenden zu wollen.

Morogoro, den 2. Mai 1913

Kaiserliches Bezirksamt

Urschriftlich.

An das

Kaiserliche Sanitätsdepot

Dar-es-Salaam.

Mit gleicher Post erhält das Sanitätsdepot eine Flasche mit der Mischung und ein Kistchen mit den verwendeten Rinden und Wurzelstücken. Ich bitte ergebenst, die Flüssigkeit und die Rinde p.p. freundlichst auf ihre Bestandteile und ihre Giftigkeit untersuchen und das Ergebnis nach hier mitteilen zu wollen.

Morogoro, den 2. Mai 1913

Dr. Engels

Stabsarzt.

Am 18. Juni 1913 erfolgt die Antwort des chemischen Laboratoriums an die Sanitätsdienststelle in Morogoro durch Referat V.

Über die Ergebnisse der chemischen Untersuchung der am 2. Mai eingesandten Eingeborenen-Arznei teile ich ergebenst Folgendes mit:

Die Arznei, etwa 250 ccm einer braunen trüben Flüssigkeit mit erheblichem Bodensatz, der aus zerstossenen Pflanzenteilen bestand, brachte ein Meerschweinchen, dem per os eine nicht genau bestimmbare Menge eingeflösst war, nach etwa 1 1/2 Stunden unter krampfartigen Erscheinungen zum Verenden, wobei vorherige Lähmung der hinteren Gliedmassen eintrat.

Nach dem Verfahren von Stass-Otto wurde darauf aus dem Rest der Flüssigkeit eine geringe Menge einer weissen krystallinischen Alkaloids substanz isoliert, die aus der wässerig alkalischen Lösung mit Aether ausschüttelbar war.

Die wässerige Lösung dieser Substanz gab mit allen üblichen Alkaloidreagentien deutliche Niederschläge.

Eine kleine Spur des Alkaloids in Wasser gelöst und zwei Tropfen den Lymphsack eingespritzt, veranlaßte bei den Tieren alsbald das Auftreten von Vergiftungserscheinungen und führte nach 10 - 15 Minuten unter Krämpfen den Tod der Frösche herbei.

Die Tiere zeigten nach den Versuchen eine gestreckte Lage ähnlich wie bei Strychninvergiftung.

Strychninlat jedoch mit Bestimmtheit nicht vorgelegen. Eine genaue Feststellung der Art des giftigen Alkaloïds und eine nähere chemische Untersuchung der mitgesandten kleinen Probe von Rinden und Wurzelstücken konnte wegen Zeitmangels nicht durchgeführt werden.

Giftige Mineralstoffe waren in der Arznei nicht nachweisbar. Ich fasse mein Gutachten dahin zusammen:

Der Nachweis, daß die übersandte Arznei giftig wirkende Pflanzenstoffe enthält, dürfte als erbracht anzusehen sein.

Chemisches Laboratorium
Dr. Schulze

Dieser bis auf den einleitenden Teil in Kisuheli vollkommen wiedergegebene Schriftwechsel zeigt einmal den sich fast immer wiederholenden Dienstweg vom Bezirksamt zur Sanitätsdienststelle und von dieser normalerweise über das Medizinalreferat zum Sanitätsdepot, mit der Bitte, das Gutachten zu erstellen. Außerdem gibt er einen Einblick in die Arbeitsweise des Laboratoriums.

Eine andere Untersuchung ²⁸⁾ ergab als Ergebnis das Vorhandensein von arseniger Säure; aus Ute ²⁹⁾ wurde ein Fläschchen, ein schwarzes Pulver enthaltend, übersandt, welches von den Banyanen aus Mohoro den Eingeborenen als Heilmittel gegen Augenentzündungen zu einem recht hohen Preise verkauft wurde. Dieses Mittel wurde als Spiessglanz (siehe Abbildung 7 und 8) identifiziert.

An den Schluß dieser Ausführungen sei ergänzend eine anschauliche Schilderung des späteren Mitarbeiters Schulzes, des Oberapothekers Georg Beyer gestellt: ³⁰⁾

"Bei ihren Forschungsarbeiten wandten sich die Ärzte ständig an den Gouvernementsapotheker um Unterstützung und Beratung. Und da das Sanitätsdepot über ganz modern eingerichtete Laboratorien verfügte, konnten wir, zumal auch eine große Fachbibliothek zur Verfügung stand, fast immer helfen. Diese ständige wissenschaftliche Verbindung mit den Forschungsinstituten, Ärzten, Tierärzten, Zahnärzten, den landwirtschaftlichen und hydrologischen wissenschaftlichen Forschungsstätten, war äußerst anregend, fortbildend und befriedigend. Wenn man das arbeitsreiche Tagespensum hinter sich hatte, stand man zur Erholung trotz der zeitweise kaum zu ertragenden feuchten Treibhausluft oft bis spät

28) NATGF: V, H 18, (1913), 58 f.

29) NATGF: V, H 18, (1913), 10 f.

30) BEYER (1938), 1292.

in die Nacht hinein im Laboratorium und machte Versuche. Der eine brauchte ein neues Reagenz von ganz bestimmter Wirkung. Versuch auf Versuch wurde gemacht, bis es gelang. Wieder einer bat um Kontrollversuche seiner eigenen Beobachtungen. Der andere hatte eigenartige Reaktionen, z.B. bei Anwendung von Atoxyl festgestellt. Erneute Versuche, dazu Kontrollversuche, mikroskopische Untersuchungen oder Anlage von Kulturen und Brutofenbeobachtung. Wieder ein anderer regt eine neue Arzneimittelszusammenstellung an. Das kostete Geduld und Anspannung der sowieso durch das Klima zerrütteten Nerven, und viel Durchstöbern einschlägiger Literatur kam noch hinzu."

Dies alles zeigt, daß es neben der auch in Deutschostafrika nicht immer allzu abwechslungsreichen Verwaltungstätigkeit für den Regierungsapotheker durchaus interessantere Nebenbeschäftigungen gab, die, wären sie nicht nur gelegentlich ausgeführt worden, wissenschaftlich wertvolle Ergebnisse hätten zeitigen können. Doch ist davon, sieht man von einigen Arbeiten Dr. A. Adluns ab ³¹⁾, kaum weiteres bekannt geworden. Eine Zusammenstellung ³²⁾ der vor dem Ersten Weltkrieg im chemischen Laboratorium untersuchten Proben gibt folgendes Bild:

	1910	1911	1912	1913
1.) Wasserproben	51	37	85	69
2.) Sodawasser	12	11	11	14
3.) Alkoholische Getränke	5	2	3	3
4.) Toxikologische Unters.	6	7	11	23
5.) Diverse Proben	1	7	6	8
6.) Nahrungsmittel	2	14	5	10
7.) Physiologische Unters.	10	25	39	59
8.) Arzneimittelproben	1	2	5	65
	88	115	165	251

Die steigende Zahl zeitraubender toxikologischer Untersuchungen wie auch der Umfang der gesamten Laborarbeit überforderten den Regierungsapotheker derart, daß man plante, für 1915 einen Chemiker einzustellen. ³²⁾

³¹⁾ ADLUNG (1912), 136

³²⁾ Aus einer Restakte des Medizinalreferats ohne nähere Bezeichnung, zufällig aufgefunden in einem Nebenraum der Bibliothek des Nationalmuseums von Tansania in Dar-es-Salaam. Die in diesem Zusammenhang benutzte Unterlage ist ein Schriftstück des Dr. R. Schulze vom 22. Mai 1914.

J. No 844

Darmstadt, den 13. Mai 1913

Medikamenten

8. Mai 1913
J. No 844

TELEFONUM 1001
KARLSRUHE, AMBASSADEN-
STRASSE 1001

VERSANDSTELLE
IMT KARLSRUHE No. 1001

BRUNNEN
O. H. KELLERS SOHN
STUTTGART
REICHSDRUCKER, KUNSTDRUCKER
DEUTSCH
OSTERREICHISCH, RUSSISCH,
DÄNISCH, SWEDEN

POSTSCHEK, IMT KARLSRUHE
K. H.
KONTO No. 1014

DEUTSCH-KOLONIALE
FARBSTOFF-GESellschaft m. b. H., KARLSRUHE
NIEDERBÜRGUNG IM GARTENFELD, D. O. D.

Moskau, den 9. April 1913.

An das

Kaiserliche Bezirksamt

U. S. E. O.

In der Falte übersende ich Ihnen ein Fläschchen, ein
schwarzes Pulver enthaltend, welches von den Banyanen ^{als Heilmittel}
mittel gegen Augenentzündung ^{an Brunnen} ~~verkauft~~ und verkauft wird, und
sogar zu einem recht hohen Preise.

Ich wäre Ihnen nun dankbar, wenn Sie eine Untersuchung
der Substanz veranlassen würden, um festzustellen, um was es sich
hier handelt. Falls es sich um ein neutrales, oder sogar etwa
um ein schädliches Mittel handelt, würde ich dann ev. Strafantrag
gegen den Verkäufer stellen, damit ihm das Handwerk gelegt wird.

Hochachtungsvoll

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Dr. med. G. R.

Abb. 7 Bitte um Untersuchung einer Eingeborenenarznei.

J. No 844

Darussalam, den 13. Mai 1913

77

Das von der Sanitätsdienststelle Kohoro eingesandte schwarze Pulver ist Stibium sulfuratum nigrum (Antimondisulfid), Spiessglanz.

Das Präparat ist gemäss der Bekanntmachung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken vom 27 Juni 1911, dem Handel frei gegeben.

Eine Bestrafung der Bananen ist auf Grund der zur Zeit geltenden Bestimmungen wegen Verkaufs dieses Mittels nicht zu erreichen.

Gemäss § 6 der Bekanntmachung muss jedoch der Handel mit derartigen Mitteln beim Bezirksamt angemeldet sein.

Interessant wäre es zu erfahren, in welcher Weise der Spiessglanz den Eingeborenen als Augenheilmittel empfohlen und verkauft wird; möglicherweise könnte fahrlässige Körperverletzung vorliegen.

An

das Referat V. Hier.

Darussalam, 13. 5. 13

*Schulze an Bk in Etete
durch S. d. H. Kolava
abenden.*

2. 11. 13

Meixner

Abb. 8 Untersuchungsergebnis, ausgefertigt von Dr. R. Schulze und gegen-gezeichnet von Dr. Meixner.

D.) DIE REGIERUNGSAPOTHEKER

1.) Stand und Stellung

Die Militär- und Zivilverwaltungen der deutschen Schutzgebiete unterstanden mit Ausnahme Kiautschau, das vom Reichsmarineamt verwaltet wurde, bis 1907 der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes und nach Bildung des Reichskolonialamtes, das am 17. Mai 1907 aus der Kolonialabteilung und dem Oberkommando der Schutztruppen hervorging, diesem.³³⁾ In die neu errichtete planmäßige Korpsstabs-Apothekerstelle beim Kommando der Schutztruppen im Reichskolonialamt wurde der damalige Stabsapotheker in der Schutztruppe für Südwest-Afrika, Dr. A. Adlung,³⁴⁾ berufen, der zugleich Referent für pharmazeutische und chemische Angelegenheiten bei der Zivilverwaltung des Reichskolonialamtes war.³⁵⁾ Die unmittelbare Aufsicht über das Apothekenwesen in den Schutzgebieten übte der jeweilige Medizinalreferent, zugleich als Vorgesetzter des Regierungsapothekers aus. Neben der Aufgabe, die Regierungsapotheke, sowie das chemische Laboratorium und das Sanitätsdepot zu leiten, hatte er noch die Pflicht, gemeinsam mit dem Medizinalreferenten die im Schutzgebiet befindlichen Apotheken zu revidieren.³⁶⁾ In der Beamtenhierarchie war der Regierungsapotheker³⁷⁾ als mittlerer Beamter in gehobener Stellung in Klasse 5 eingestuft und damit Regierungstierärzten, Distriktchefs, Bezirksleitern und Chemikern gleichgestellt. Regierungsärzte, höhere Forstbeamte, Bauingenieure und Oberlehrer gehörten dagegen der Klasse 4 b an. Nach § 2 des Kolonialbeamtengesetzes vom 8. Juni 1910 erhielten die Kolonialbeamten als Dienst Einkommen im Schutzgebiet 1.) ein festes Gehalt, 2.) eine Kolonialzulage und 3.) freie Dienstwohnung oder eine entsprechende Entschädigung. Die festen Bezüge konnten als sog. Auslandsgehalt von 3300 M in 6 Jahresstufen um jeweils 450 M bis auf 6000 M steigen, womit das Höchstgehalt erreicht war, das sich nur nach insgesamt 9, 12 und 15 Jahren noch einmal um jährlich 400 M erhöhte. Insgesamt konnte ein Regierungsapotheker zwischen 7.300 und 11.200 M verdienen und stand sich damit besser als ein Stabsapotheker in Südwestafrika, wo die amtliche Arzneiversorgung in militärischer Hand lag. Einzige Ausnahme bildete der Militär-apotheker in Kiautschau, der sich als Marineoberstabsapotheker in der Klasse 4 b für höhere Beamte

33) SCHNEE (1920), III, 148.

34) KETTELER (1941), 13.

35) ADLUNG-URDANG (1935), 296.

36) BEYER (1938), 1292.

37) SCHNEE (1920), I, 458 - 464.

befand. Ein Auslandsgehalt unterschied sich insofern von dem im Inland bezogenen, als letzteres erst nach jeweils drei Jahren um 450 M anstieg.³⁸⁾ Bei der Berechnung der Pension wurde vom Heimatgehalt ausgegangen, wobei in den Tropen verbrachte Jahre doppelt zählten, das Wohnungsgeld war ebenfalls pensionsfähig, die Kolonialzulage dagegen nicht. Nach den Bestimmungen für die Annahme von Apothekern zum Dienst in den afrikanischen und Südseeschutzgebieten mußten sich nicht nur die Apotheker der Schutztruppe, sondern auch diejenigen der Zivilverwaltung im Besitz des Ausweises als Nahrungsmittel-Chemiker befinden. Außerdem mußten die Bewerber bereits einige Zeit als Nahrungsmittel-Chemiker tätig gewesen und tropendiensttauglich sein.³⁹⁾ Trotz der hohen Anforderungen an die Bewerber, gab es genügend Anwärter auf offene Stellen; denn in Deutschland gab es durchschnittlich 300 Personen auf einen freiwerdenden Posten im gehobenen Sanitätsdienst der Schutzgebiete.⁴⁰⁾

2.) Professor G. Giemsa⁴¹⁾

Der erste Regierungsapotheker Deutsch-Ostafrikas sollte zugleich der bedeutendste werden, auch wenn seine Verdienste nicht allein auf dem engeren Gebiete der Pharmazie lagen. Gustav Giemsa wurde am 20. November 1867 in Blechhammer bei Slaventzitz, Kreis Kosel, Oberschlesien geboren, wo sein Vater als Hütteninspektor im Dienste des Fürsten Hugo von Hohenlohe - Öhringen stand. In Ratibor und Neiße besuchte er das Gymnasium und ergriff 1887 den Apothekerberuf. Von 1892 bis 1894 studierte er in Leipzig Pharmazie; nach bestandnem Staatsexamen hörte er noch Chemie, Mineralogie und Bakteriologie. Die Gründe, die ihn bewogen, 1895 als Regierungsapotheker nach Ostafrika zu gehen, sind heute nicht mehr sicher rekonstruierbar, doch kann man sich vorstellen, daß es seine mineralogischen und bakteriologischen Interessen waren, die den Anstoß gaben. Die Probleme in den überseeischen Gebieten boten gerade hierfür reichlich Anreiz. Doch nur in Ostafrika war schon um jene Zeit die Stelle eines Regierungsapothekers ausgeschrieben.

38) SCHNEE (1920), III, 33 - 35.

39) Dtsch. Apoth. Ztg. 90 (1911), 937

40) BEYER (1938), 1290.

41) Angaben zur Person G. Giemsas finden sich in folgenden Veröffentlichungen:

1.) OLPP (1932), 144.

2.) RILLE (1948), 512.

3.) NAUCK (1948), 269.

4.) HORMANN (1949), 112.

5.) KIRCHMAIR (1950), 108 - 131.

6.) SCHNEE (1920), I, 737 f.

In Giemsa's Zeit in Dar-es-Salaam fiel auch der erste Besuch Robert Kochs, der jedoch im wesentlichen der Erforschung der Rinderpest galt, wenn er auch daneben die Gelegenheit zu Malaria-Studien wahrnahm. Auf die Zusammenarbeit mit Robert Koch dürfte es zurückgehen, daß Giemsa später auf dem Gebiete der Malaria seine größten Verdienste erwarb. Nach seiner Rückkehr im Jahre 1898 studierte Giemsa bis Ende September 1900 organische und physiologische Chemie an der Universität Berlin. Auf Vorschlag der Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes wurde er bei der Gründung des Instituts für Schiffs- und Tropenkrankheiten nach Hamburg berufen, um mit dem 1. Oktober 1900 dort die Leitung der chemischen Abteilung zu übernehmen. Im Jahre 1914 wurde Giemsa vom Hamburger Senat zum Professor ernannt und von Gründung der Hamburgischen Universität an vertrat Giemsa als Privatdozent in der Medizinischen Fakultät das Fach der Chemotherapie. Die Fakultät verlieh ihm 1925 anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Tropeninstituts den Titel eines Dr. med. h.c. und, nachdem er sich schon im Jahre 1919 habilitiert hatte, erfolgte 1931 seine Ernennung zum a.o. Professor. Doch schon zwei Jahre später erzwangen die politischen Verhältnisse seine Versetzung in den Ruhestand. Er begab sich daraufhin mit dem Hamburger Tropenmediziner Prof. Nauck nach Spirito Santo in Brasilien, wo er schon 1908 auf Einladung der brasilianischen Regierung am Institut Oswaldo Cruz in Rio de Janeiro ein halbes Jahr forschend und lehrend tätig gewesen war, um dort die Lebensbedingungen deutscher Auswanderer zu studieren. Nach seiner Rückkehr wandte er sich nach Wien und arbeitete im Laboratorium der Technischen Hochschule. Nachdem er durch Bombeneinwirkung auch diese Wirkungsstätte verlor, zog er sich auf seinen Landsitz in den Nordtiroler Ort Biebertal am Fuße des Fernpasses zurück, wo er am 10. Juni 1948 im 81. Lebensjahr verstarb. In Tirol nahm er noch bis in sein letztes Lebensjahr Anteil an den Forschungen der Tiroler Ärzteschule. Prof. Giemsa war u. a. Mitglied der Kaiserlichen Leopoldinischen Akademie der Naturforscher in Halle und Korrespondierendes Mitglied der Wiener Gesellschaft für Mikrobiologie. 1924 wurde er von der Hygienekommission des Völkerbundes zum Mitglied des internationalen Sachverständigenkomitees für Chininfragen ernannt.

Seine Forschungen betrafen im wesentlichen drei Gebiete: Die färbereiche Darstellung der parasitischen Protozoen, praktische Fragen der Schiffs- und Tropenhygiene und

Druck- & Verlags- Anstalt, Berlin, 10. März 1890
1. Dezember 1890

Mein lieber Freund und Kollege:

Gute Nacht! Heute ist ein schöner Tag, ein Tag, an dem ich mich sehr wohl fühle. Ich habe mich sehr wohl gefühlt und werde mich auch sehr wohl fühlen.

Ich möchte Sie hiermit bitten, mir zu schreiben, wie Sie sich fühlen. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mir schreiben, wie Sie sich fühlen.

Ich habe mich sehr wohl gefühlt und werde mich auch sehr wohl fühlen. Ich möchte Sie hiermit bitten, mir zu schreiben, wie Sie sich fühlen.

Ich habe mich sehr wohl gefühlt und werde mich auch sehr wohl fühlen. Ich möchte Sie hiermit bitten, mir zu schreiben, wie Sie sich fühlen.

Ich habe mich sehr wohl gefühlt und werde mich auch sehr wohl fühlen. Ich möchte Sie hiermit bitten, mir zu schreiben, wie Sie sich fühlen.

Ich habe mich sehr wohl gefühlt und werde mich auch sehr wohl fühlen. Ich möchte Sie hiermit bitten, mir zu schreiben, wie Sie sich fühlen.

Ich habe mich sehr wohl gefühlt und werde mich auch sehr wohl fühlen. Ich möchte Sie hiermit bitten, mir zu schreiben, wie Sie sich fühlen.

Ich habe mich sehr wohl gefühlt und werde mich auch sehr wohl fühlen. Ich möchte Sie hiermit bitten, mir zu schreiben, wie Sie sich fühlen.



Gustav Giemsa

1867-1946

Gustav Giemsa (1867-1946) war ein deutscher Biologe und Mediziner. Er war einer der Begründer der experimentellen Zellphysiologie und hat wichtige Beiträge zur Kenntnis der Zellstruktur und der Zellfunktion geleistet. Er war auch ein wichtiger Vertreter der "Zelltheorie" und hat die Bedeutung der Zelle für die Entwicklung des Organismus betont.

Abb. 9 Gustav Giemsa in Hamburg

Abb. 10 Brief Dr. Emin Poschas aus Bukoba (1890)

Probleme der experimentellen Chemotherapie. Auf dem ersten Gebiet leistete er der tropenmedizinischen Wissenschaft unschätzbare Dienste auf Grund der Arbeiten, durch die die Romanowsky-Nocht-Ziemannsche Färbemethode der Praxis allgemein zugänglich gemacht wurde. Es gelang ihm eine einfache Darstellung des Methylenazurs und einer gebrauchsfertigen haltbaren Romanowskylösung, die sich namentlich für die Protozoenfärbung (Malaria plasmodien, Trypanosomen, Leishmanien, Spirochäten) in den Tropen bewährt hat. Daher wird diese Färbemethode allgemein als Giemsa-Färbung bezeichnet. Giemsa selbst war nie besonders stolz auf seine Färbemethode und pflegte bedauernd zu bemerken, daß der Name Giemsa allein aus dem Grunde in die Geschichte eingegangen sei, weil er einen einzigen Nachmittag mit schönen Farben spielte, während der ganze Rest seiner Arbeiten vergessen würde.⁴²⁾ Auf dem Gebiete der praktischen Schiffs- und Tropenhygiene trat er mit einer Methode der Entrattung der Schiffe mittels Generatorgas, einem Gemisch aus Kohlenoxyd, Kohlensäure und Stickstoff, und der Methode der Moskitovernichtung durch Absprennen mit dem Giemsaaschen-Formaldehyd-Seifengemisch hervor. Auf Veranlassung R. Kochs wurden mehrere Sprayapparate zur Vernichtung der Moskito nach Ostafrika gesandt. In der Chemotherapie schließlich beschäftigte sich Giemsa hauptsächlich mit neuen Chininderivaten, wo u.a. folgende auf ihn zurückgehen: Insipin, Aminohydrochinin, Chinicin, Chinidin, Dihydrochinin, Chinäthylin, Chinpropylin, Chinamylin, Äthylhydrocuprein, Hydrochlorchinin, Hydrojodchinin, Chinindibromid, Chitenin, Chininchlorid, Desoxychinin, Chinen, Äthyl-Hydrochinin, Chininon, 5-Aminohydrochinin, 5-Chlorhydrochinin und 5-Bromhydrochinin. Unter den über 120 Arbeiten, die bis 1932 aus der chemischen Abteilung des Tropeninstitutes hervorgingen, befanden sich vornehmlich auch solche, die sich mit neuen Arsenikalien (Arsalyt, Arsenpräparat 4002 u.a.) und neuen Wismutderivaten befassten. Nach 1948 arbeitete er an der Herstellung eines hochwirksamen arsenhaltigen, in Lösung unbegrenzt haltbaren Antisymphilitikums und eines als Volksnahrungsmittel gedachten Hefepreparates.

Ernst G. Nauck beschließt einen Artikel⁴¹⁾ zum Gedächtnis an Prof. Dr. med. h.c. Gustav Giemsa mit der Bemerkung: "Giemsa war eine Persönlichkeit, die trotz aller ihr eigenen Zurückhaltung überzeugend wirkte. Seine vielseitigen Kenntnisse und reichen

42) CLYDE (1962), 17.

Erfahrungen dienten ihm als Grundlage seiner in klaren und folgerichtigen Bahnen sich entwickelnden Forschungsarbeit. Sein umfangreiches Wissen und sein kritischer Verstand machten ihn zu einem zuverlässigen und hilfsbereiten Berater seiner Mitarbeiter. Mit großer Anhänglichkeit und Treue hing er an seiner alten Wirkungsstätte, deren Schicksal und Fortbestand ihn während des Krieges und in den Nachkriegsjahren besonders bewegt hat. Der Name Giemsa wird nicht nur in den Annalen unseres Instituts weiterleben, sondern in allen Laboratorien der Welt und in der Geschichte der Tropenmedizin seinen Klang und seine Bedeutung bewahren."

3.) Giemsas Nachfolger bis Dr. R. Schulze

Der Zufall wollte es, daß sowohl der erste als auch der letzte der deutschen Regierungsapotheker ausgesprochen profilierte Persönlichkeiten waren, die dem deutschen Apothekenwesen in Ostafrika zur Ehre gereichten. Von den anderen, die außerdem noch diesen Beruf ausübten, ist nicht allzuviel zu berichten. Acht Apotheker haben in den Jahren von 1895 bis zum ersten Weltkrieg ihren Dienst im Medizinalwesen des Schutzgebietes geleistet. Der unmittelbare Nachfolger Giemsas bis zum 17. Mai 1900 war Apotheker Willems⁴³⁾. Dieser wurde abgelöst durch den Apotheker Schörnig⁴⁴⁾, der noch ein zweites Mal nach Ostafrika ging, bis ihn am 10. Mai 1905 Apotheker Grewe⁴⁵⁾ ablöste. Dessen Nachfolger, Apotheker Buchholz,⁴⁶⁾ trat seinen Dienst am 5. Mai 1907 an und blieb bis zum 5. September 1909. Man bedauerte⁴⁷⁾ sehr, daß letzterer das Schutzgebiet verließ, da er sich gerade auf dem Gebiete der Wasseruntersuchung, die, wie schon ausgeführt, von großer Bedeutung für die allgemeine Hygiene war, besondere Verdienste erworben hatte. Als ein besonderer Erfolg seiner Unnachsichtigkeit wertete man, daß auch die Inder dahingebracht wurden, bei der Sodawasserherstellung nur noch destilliertes Wasser zu benutzen. Doch konnte er offensichtlich nicht für eine weitere Verpflichtung gewonnen werden; denn schon am 16. Juli 1909 traf der Apotheker Bethmann⁴⁸⁾ ein, der aber nur zehn Monate im Staatsdienst blieb, sich allerdings noch weiter im Schutzgebiet aufhielt.

43) AAz. DOA (1900), 19. April.

44) AAz. DOA (1902), 22. Mai.

45) AAz. DOA (105), 30. Mai.

46) AAz. DOA (1907), 11, 1. Juni.

47) DOA Ztg. 63 (1909), 11. August.

48) AAz. DOA (1909), 31. Juli.

Die zum ⁴⁹⁾ Geschäftsbereich des Gouvernements gehörenden chemischen Untersuchungen und Analysen waren in den letzten Jahren erheblich angewachsen. Da man bei der weiteren Entwicklung des Schutzgebietes mit einer Zunahme dieser Arbeiten rechnete, schien es notwendig zu werden, für diese wichtige Tätigkeit die bisher von einem Apotheker ausgeführt wurde, einen geprüften Nahrungsmittelchemiker einzustellen. Daneben plante man, die Stelle eines Apothekers in Wegfall kommen zu lassen, indem man den Chemiker mit der Leitung der Gouvernementsapothekes betreiben wollte. Für den Apothekenbetrieb sollte ein gelernter Drogist als Gehilfe beigegeben werden. Bei der immer angespannten Lage des Finanzwesens im Schutzgebiet zog man sich jedoch dadurch aus der Verlegenheit, in dem nan die Stelle eines Apothekers, der zugleich Nahrungsmittelchemiker sein mußte, bewilligte und diese später aufwertete ⁵⁰⁾, dagegen aber die des Drogisten strich.

Am 6. Mai 1910 traf mit dem Reichspostdampfer "Feldmarschall" der Apotheker und Nahrungsmittelchemiker Dr. Rudolf Schulze ⁵¹⁾ in Dar-es-Salaam ein. Er blieb nur einmal vom 21. April 1912 bis 20. März 1913 von dem Oberapotheker Meyer abgelöst ⁵²⁾ bis zum Ende des Deutschen Schutzgebietes in Ostafrika. Unter seiner Leitung fand die Errichtung der Regierungsapothekes als selbständige Einheit statt, nachdem er die seinerzeit von G. Giemsa eingerichteten Räume im Europäerkrankenhaus endlich verlassen konnte. Doch seine großen chemischen und organisatorischen Fähigkeiten sollte er erst während des I. Weltkrieges, an dem er als Stabsapotheker teilnahm, unter Beweis stellen.

Schulze ⁵³⁾ war am 7. Juni 1876 in Ostharigen, Kreis Gandersheim, als Sohn eines Landwirtes geboren worden. Nach dem Besuch des humanistischen Gymnasiums in Wolfenbüttel und Blankenburg/Harz bestand er 1895 das Abitur. Daran schloß sich eine praktische Ausbildung bei Apotheker Sievers in Meine bei Braunschweig und die Ableistung des Militärdienstes in Goslar und an der Kaiser-Wilhelm-Akademie in Berlin an. Zum

49) N A T G F: III, A2, Vol. II, (1910), 33.: Betrifft Chemiker-Personal des Medizinalreferats.

50) AAz.DOA (1913), 9. April.

51) AAz.DOA (1910), 21. Mai.

52) AAz.DOA (1912), 1. Juni.

53) Angaben über Dr. R. Schulze aus einem Brief seiner Frau, Hete Schulze, vom 18. August 1965 an den Patensohn Schulzes, Oberfeldapotheker Stietzel, dem Sohn des letzten Konzessionsinhabers der Reichsadlerapothekes.

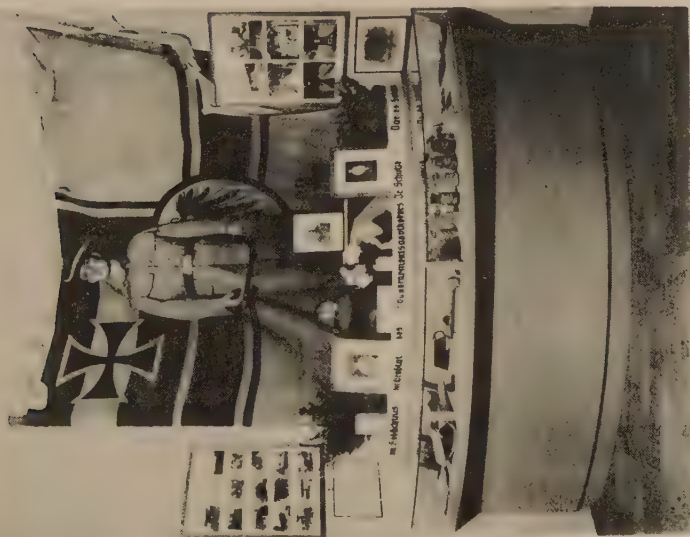


Abb. 11 Koloniallecke im Saal 4 des Reichsapothekenmuseums in München (1938).



Abb. 12 Regierungsapotheker Dr. R. Schulze in Schutztruppenuniform.

Studium hielt er sich in Berlin, Straßburg, Kiel und Braunschweig, wo er das Nahrungsmittelchemikerexamen ablegte, auf. Er promovierte in Berlin bei Prof. Claisen mit einer Arbeit über Nickelsalze. Sämtliche Examina absolvierte Schulze mit der Note "sehr gut". Von 1906 bis 1908 ging er als Oberapotheker der Schutztruppe während des Hottentotten- und Hereroaufstandes nach Deutsch-Südwestafrika, wo 1906 nach A. Adlung Stabsapotheker war und die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, daß beide zusammengearbeitet haben. Nach der Rückkehr aus Deutsch-Südwestafrika arbeitete er von 1908 bis 1909 als Assistent am Staatslaboratorium in Hamburg und von 1909 bis 1910 als Erster Assistent am Städtischen Nahrungsmitteluntersuchungsamt der Stadt Magdeburg, wo er vor allem Veröffentlichungen über Weinuntersuchungen machte. Nach siebenjähriger Tätigkeit in Deutsch-Ostafrika geriet Schulze 1917 in englische Gefangenschaft, aus der er erst 1920 nach Deutschland entlassen wurde. Schon 1922 erfolgte der Eintritt als Regierungsapotheker in die Reichswehr. Später wurde er Oberregierungsapotheker und Leiter einer chemischen Untersuchungsanstalt bei einem Gruppensanitätsdepot in der Nähe Kassels. Am 19. August 1932 verstarb er nach der Operation eines Lungenabszesses durch Prof. F. Sauerbruch in der Charité zu Berlin.

Ohne den Apotheker Schulze wäre die Durchführung des Kampfes in Deutsch-Ostafrika, wie noch deutlich werden wird, nicht möglich gewesen. Man ehrte ihn auf einer Sonderchau über die Kolonialpharmazie (siehe Abbildung 11) in dem Deutschen Apotheken-Museum zu München.

3. Kapitel

DIE ERSTEN ZIVILAPOTHEKEN IN DEUTSCH-OSTAFRIKA VOR 1910

A.) DIE REICHSADLERAPOTHEKE IN DAR-ES-SALAAM

Bei Gründung der Station ¹⁾ der Deutsch-Ostafrikanischen Gesellschaft im Jahre 1887 zählte Dar-es-Salaam ungefähr 3-4000 Einwohner, vornehmlich Afrikaner und Araber, während die weiße Bevölkerung kaum mehr als zehn Personen betragen haben dürfte. Erst mit der Verlegung des Gouvernements von Bagamoyo nach Dar-es-Salaam und dem Seßhaftwerden vieler Kolonialbeamter - zu jener Zeit vorwiegend Angehörige der Schutztruppe! - sowie einiger Firmen und einer Missionsstation aus Sansibar stieg der Anteil der weißen Bevölkerung. So zeugt es von großem Vertrauen in die Zukunft des Schutzgebietes, daß schon Anfang der neunziger Jahre dem Apotheker Raddatz ²⁾ die Konzession zur Gründung einer Apotheke erteilt wurde, von der er in Sansibar eine Filiale errichtete ³⁾. Doch schon 1893

1) SCHNEE (1920), I, 285.

2) Pharmaz. Ztg. 30 (1911), 300.: Die Apotheke in den deutschen Schutzgebieten. Pharmaz. Ztg. 88 (1909), 866.: Brief des Apothekers W. Müller aus Tanga an die Pharmazeutische Zeitung.

3) Pharmaz. Ztg. 30 (1911), 300. ST. PAUL-ILLAIRE (1896), 576.

Über das Schicksal der Apotheke in Sansibar ist nichts weiter bekannt geworden. Da die Konzession dem Apotheker Raddatz erteilt worden ist und für die Apotheke in Dar-es-Salaam schon 1893 K. Bretschneider als Inhaber erscheint, muß diese Apotheke vor 1893 gegründet worden sein. 1896 wird sie in obengenanntem Buch erwähnt und 1909 teilt die Pharmazeutische Zeitung (1909), 16, 157. mit, daß die Firma Richter und Nölle die Apotheke in Sansibar eingerichtet hätte. 1913 wird in dem ersten mir zugänglichen englischen Report über die medizinischen und gesundheitlichen Verhältnisse in Sansibar, in dem gewöhnlich auch eine Übersicht über die in den Heilberufen tätigen Personen gegeben wird, kein Apotheker mehr erwähnt. Es besteht allerdings die Möglichkeit - erst 1927 wurde mit dem Zanzibar Druggist Decree eine pharmazeutische Gesetzgebung erlassen -, daß Apotheker bis zu diesem Zeitpunkt nicht registrierpflichtig waren, und somit durchaus bis zum Jahre 1914 eine deutsche Handelsniederlassung mit einem Apotheker existiert haben mag. Dem würde allerdings entgegenstehen, daß der Handel mit Drogen aller Art in Sansibar keine Beschränkung erfuhr und somit nicht einzusehen ist, warum sich eine Firma den Luxus eines Apothekers leisten sollte. Es ist nicht ausgeschlossen, daß schon im Jahre 1896 kein Apotheker mehr in Sansibar arbeitete. Außerdem ist nicht einzusehen, wie für Sansibar eine Konzession erteilt werden konnte, da das Deutsche Reich auf der Insel nie Hoheitsrechte besessen hat. Die einzige Erklärung, die sich anbietet, ist, daß man um 1890, in der Hoffnung, Sansibar würde deutsches Schutzgebiet, eine Konzession im Vorgriff erteilte, woraufhin sich eine Firma mit der Geschäftsbezeichnung "Apotheke" gründete. Diese hätte aber nicht den Rechtsanspruch erheben können, eine Apotheke im definierten Sinne zu sein. Fraglich ist auch, wer für die Erteilung einer Konzession zuständig gewesen wäre.

wird der Apotheker K. Bretschneider ⁴⁾ als Inhaber der ausschließlichen Berechtigung zum Betrieb einer Apotheke in Dar-es-Salaam und Bagamoyo genannt. Von der Konzession in Bagamoyo allerdings ist infolge des sich schon zu dieser Zeit abzeichnenden Bedeutungsverfalls kein Gebrauch gemacht worden. Unter K. Bretschneider erhielt die Apotheke in der Hauptstadt den Namen "Reichsadlerapotheke". Die eigentliche Inhaberin war die Berliner Exportfirma Richter und Nölle G.m.b.H., während der jeweilige Apotheker als Träger der Konzession und Leiter des Geschäftsbetriebes fungierte und zu vorgenannter Firma in einem Vertragsverhältnis stand. ⁵⁾ Die gleiche Firma richtete später auch die Apotheke in Swakopmund ein. ⁶⁾ Auf diese Weise verfügten die Konzessionsinhaber durch die hinter ihnen stehende finanzkräftige und tropenerfahrene Kapitalgesellschaft über ein wirtschaftliches Fundament, das es ihnen erlaubte, die Anfangsschwierigkeiten zu überstehen. Zur Zeit der Konzessionserteilung war an keinem Ort die Rentabilität gesichert.

Am 1. Januar 1901 tritt eine andere Firma als Teilhaber Bretschneiders auf. Seit diesem Tag wird die Firma unter dem Namen "Bretschneider & Hasche" gemeinschaftlich weitergeführt ⁷⁾ und blieb nur noch etwa achtzehn Monate in ihrem alten Gebäude an der Ecke Akazien- und Leustraße. Am 19. Juli 1902 erfolgte dort Umzug in ein neues, an der Ecke Akazien- und Soliman bin Nasr-Straße gelegenes Haus neben dem kurz zuvor erbauten neuen Postamt. ⁸⁾ Hier blieb die Reichsadlerapotheke bis zur Auflösung des Schutzgebietes. Ein Revisionsprotokoll ⁹⁾ des Jahres 1906 führt eine Offizin und zwei

4) KETTELER (1941), 20.

5) Pharmaz Ztg. 83 (1909), 819.

6) Pharmaz Ztg. 24 (1909), 237.

Bei der Errichtung der Apotheke in Swakopmund bemerkte die Firma Richter & Nölle: Wir werden uns nicht allein auf den Handel in Swakopmund beschränken, sondern wir beabsichtigen daselbst auch die Anlage einer Apotheke, nachdem uns auf unser Gesuch die Konzession für dieselbe bewilligt ist. Nach dem amtlichen Schriftstück ist die Arzntaxe dort doppelt so hoch wie in der Heimat, und da auch Gouvernement, Militär und Bahn bei uns als der einzigen Apotheke ihre Arzneimittel betreffenden Einkäufe machen werden, so dürfte hier eine weitere bedeutende Gewinnquelle für die Gesellschaft liegen. Ein approbierter Apotheker ist bereits engagiert und wird in den nächsten Wochen herausfahren. Derselbe soll auch der Leiter des Stores in Swakopmund sein, so daß wir auch diese Personalunion die Einheitlichkeit des Betriebes sichern und gleichzeitig sehr wesentliche Ersparnisse machen.

7) DOA Ztg. (1901), Beilage vom 1. Januar.

8) DOA Ztg. 29 (1902), 19. Juli.

9) AAz DOA. (1907), 15. Mai.: Der Apotheker Bretschneider wird als Bezirksrat von Dar-es-Salaam aufgeführt.

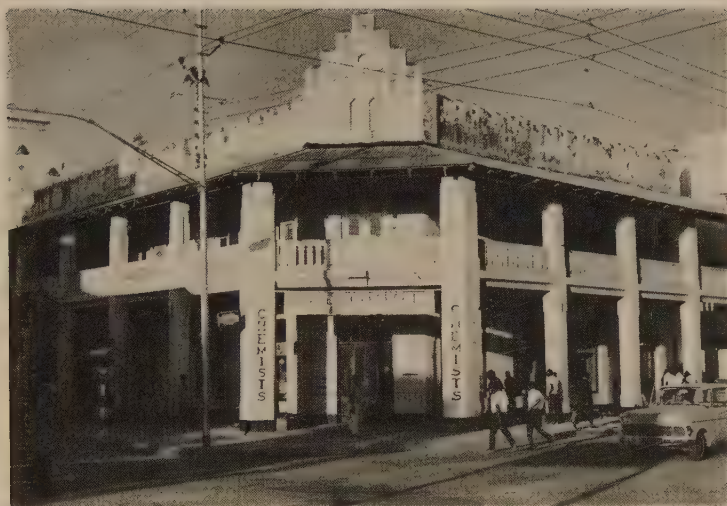


Abb. 13 Gebäude der ehemaligen Reichsadler-Apotheke. (1965)



Abb. 14 Gebäude der ehemaligen Löwen-Apotheke in Lindi. (1965)

Vorratsräume auf. Das Fehlen eines Arzneikellers, der in dem tropischen Klima besonders notwendig gewesen wäre, erklärte der Konzessionsträger mit dem hohen Grundwasserspiegel, der die Anlage undurchführbar mache.

Bis 1906 war der Konzessionar nach Karl Bretschneider.⁹⁾ Aber schon im nächsten Jahr mußte er aus gesundheitlichen Gründen¹⁰⁾ nach Deutschland zurückkehren. Von Januar 1908¹¹⁾ an trat Apotheker Stietzel als geschäftsführender Verwalter auf. Im selben Jahr jedoch unterzeichnete bei dem Aufruf zur Gründung¹²⁾ eines wirtschaftlichen Verbandes von Dar-es-Salaam und Hinterland Apotheker Falk als Teilhaber der Firma Bretschneider und Hasche. Am 1. Juli 1910 erfolgt wiederum eine Änderung der Besitzverhältnisse der Firma Bretschneider und Hasche, indem sie sich mit der in Dar-es-Salaam ansässigen Firma Traun, Stürken & Devers, G.m.b.H., die außerdem eine Filiale in Tabora betrieb, mit einem Kapitalrückhalt von 900.000 Mark vereinigte.¹³⁾ Geschäftsführer in Deutschland wurde der Apotheker R. Hasche in Hamburg, während Devers in Dar-es-Salaam diese Funktion einnahm. Verwalter der Apotheke, die apothekenrechtlich von der Gesamtfirma als einem Handelsunternehmen unterschieden werden muß, blieb Apotheker Stietzel. Der Gouverneur wollte allerdings die dauernde Abwesenheit des ursprünglichen Konzessionars Bretschneider nicht länger dulden,¹⁰⁾ so daß im Jahre 1912 die Konzession zur Führung der Reichsadlerapotheke an Stietzel überging, der sie bis zum Weltkriege innehatte. In der Apotheke, der ein Warenhaus angeschlossen war, arbeiteten zwei Apotheker, ferner sechs bis acht andere Europäer¹⁰⁾ und bis zu fünfundzwanzig Eingeborene¹⁴⁾. Die Dienststunden lagen vormittags von 7 bis 12 und nachmittags von 15 bis 19 Uhr. In der Gluthitze des Mittags konnte körperliche oder geistige Tätigkeit von einem Europäer im allgemeinen nicht ausgeführt werden. Die Afrikaner, die zum Teil schon mehrere Jahre in der Apotheke arbeiteten, ersetzten fast eine gewandte deutsche

10) KETTELER (1941), 22.

11) Mitteilung von OF Ap. Stietzel, Königswinter, dem Sohn des Verwalters der Reichsadlerapotheke.

12) DOA Ztg. (1908), 87, 11. November.

13) Pharmaz Ztg. 30 (1911), 300.

14) Durch einen Zufall traf ich Peter Hamisi, der 1913 eine Zeitlang als Laufbursche in der Reichsadler-Apotheke tätig war, mir aber leider keine Angaben über den Verbleib irgendeines in der Defektur tätigen Afrikaners machen konnte. Auch er selbst hatte auf Grund seines Alters nur noch verschwommene Vorstellungen.

Apothekenhilfskraft. Sie bedienten die Tablettenmaschine - die einzige im Schutzgebiet - , waren mit der Defektur vertraut, halfen beim Handverkauf und dienten, wo es nottat, als Dolmetscher. Grundsätzlich mußte der Apotheker Swaheli sprechen und möglichst auch des Englischen mächtig sein. Doch da Dar-es-Salaam in jener Zeit schon ein Kristallisationspunkt Ostafrikas wurde, kamen Angehörige auch solcher Stämme, die nicht Swaheli, die Küstensprache, verstanden, in die Hauptstadt. Die Volkszählung ¹⁵⁾ am ersten Januar 1913 ergab für Dar-es-Salaam eine Bevölkerung von 22.213. Unter diesen befanden sich 967 Europäer, 2.500 Inder und 250 Goanesen. Diese Gruppen stellten hauptsächlich den Kundenkreis der Apotheke dar - gleiches gilt auch für die später zu besprechenden Apotheken - während die Afrikaner, soweit sie in einem Arbeitsverhältnis standen, Anspruch auf freie Behandlung hatten und damit auch auf kostenlose Lieferung von Medikamenten. Die anderen vertrauten in dieser frühen Zeit der Kolonisation mit wenigen Ausnahmen noch vollkommen ihren eigenen heimischen Medizinen.

Nachdem die Apotheker zur Schutztruppe eingezogen worden waren, führten Frau Stietzel und Frau Schulze, die Gattin des Regierungsapothekers, die Apotheke so lange weiter, bis Dar-es-Salaam von den Engländern beschossen wurde. Im September 1916 wurde die Reichsadler-Apotheke von den Engländern übernommen; die Deutschen kamen acht Tage später in Internierung.

Zu bemerken wäre noch, daß das obere Stockwerk des Apothekengebäudes anfänglich das Medizinalreferat beherbergte. Dieses sollte sich unter den Engländern wiederholen.

¹⁵⁾ SCHNEE (1920), I, 285.

Das Klima wurde als verhältnismäßig gesund geschildert. Seit 1905 zeigte sich bedingt durch den Bau der Usambarabahn und als Folge einer Pest auf Sansibar ein bedeutender Anstieg des Handels. 1904 betrug das Handelsvolumen 6.102 Mill. Mark, 1912 dagegen 32.321 Mill. Mark. Neben der Verwaltung hatte Dar-es-Salaam eine Telegraphenstation, evangelische Kirche und Mission, katholische Kirche (Bischofssitz) und Mission, Bank, 6 Gasthöfe, Klub, Bierbrauerei und Werft. An Firmen gab es 18 europäische Handelsgesellschaften, 58 europäische Geschäftsleute aller Art, 4 goanesishe und 60 indische Firmen.

B.) DIE ELEFANTENAPOTHEKE IN TANGA

Keineswegs so verwickelt wie bei der Reichsadlerapothek waren die Besitzverhältnisse bei der zweiten Apotheke des Schutzgebietes in Tanga,¹⁶⁾ der zweitgrößten Stadt. 1897 erhielt der Apotheker Friedrich Berthold Willibald Müller vom kaiserlichen Gouvernement die ausschließliche Berechtigung, dort eine Apotheke zu errichten.¹⁷⁾ Diese wurde wahrscheinlich¹⁸⁾ am 1. August 1898 eröffnet. Die Firma Leser in Hamburg – die Tochter des Inhabers wurde die Frau Müllers – besorgte die Einkäufe für Tanga, doch legte W. Müller Wert darauf festzustellen, daß er nicht nur Konzessionsträger, sondern auch Inhaber der Apotheke sei.¹⁹⁾ Die "Elefantenapothek", wie er sie benannte, blieb bis zum Ende der deutschen Oberhoheit in seinem Besitz. Neben der Apotheke betrieb W. Müller noch ein Warenhaus, eine Eis- und Sodafabrik, die er im Oktober 1907 an Wagner und Wiegel verpachtete,²⁰⁾ sowie die Pflanzung "Nguvu Mali Agaven" bei Tanga.²¹⁾ Obendrein trat er häufig als Käufer von Grundstücken²²⁾ in Tanga auf, vermietete Wohnungen an Gouvernementsbeamte,²³⁾

16) SCHNEE (1920), III, 454.

Tanga war der nördlichste Hfen des Schutzgebietes. Es ist eine sehr alte Stadt, die Araber saßen schon dort, ehe die Portugiesen nach Ostafrika kamen. Ab 1889 begannen die Europäer, hier sesshaft zu werden. 1908 wurden bei einer Gesamtbevölkerung von 5.689 nur 141 Europäer gezählt, 1913 waren es 298 zu ca. 12.000. Es gab dort zu dieser Zeit 12 Handelsgesellschaften und 26 andere europäische Firmen und ca. 50 indische, dazu 4 Gasthöfe, eine Zeitung, Bezirksgericht, Post, Telegraph, Eisenbahndirektion und Hauptzollamt. Das Handelsvolumen betrug 1912 25.321 Mill. Mar. Dem Bezirk Tanga kam insofern eine große Bedeutung zu, als es dort eine ausgedehnte europäische Plantagenwirtschaft (ca. 70 Plantagengesellschaften) gab. Im Bezirk Tanga lebten 581 Europäer.

17) KETTELER (1941), 20 f. / Pharmaz Ztg. 88 (1909), 866.

18) Pharmaz Ztg. 27 (1898), 23.

Zu dieser Zeit bewarb sich auch ein Apotheker beim Marineamt um eine Konzession in Kiautschau.

19) Pharmaz Ztg. 88 (1909), 866.

Zuschrift des Apothekers Müller an die Hamburger Nachrichten, die einen Artikel der Pharmaz Ztg. 83 (1909), 819. übernommen hatten.

20) Us. Post, 19 (1907), Beilage vom 5. Oktober.

21) Us. Post, 38 (1906), Beilage vom 28. Juli.

22) Us. Post, 19 (1908), 9. Mai. Us. Post, 42 (1906), 27. August.

23) NATGF: III, 66, Vol IV, 157. Die geforderte Miete für ein Haus mit 4 Räumen betrug 150 Rp, was ungefähr 200 Mark (vor dem I. Weltkrieg!) entsprach und somit eine verhältnismäßig hohe Miete war, über die in diesem Falle keine Einigung mit dem Gouvernement erzielt werden konnte.



Elefanten-Apotheke in Tanga.

Abb. 15 Elefanten-Apotheke W. Müller. (um 1911)



Elefanten-Apotheke in Tanga.

Abb. 16 Offizin der Elefantenapotheke . (um 1911)



Abb. 17 "Chemists Howse & McGeorge". Offizin (1965)
(vormals Offizin der Reichsadler-Apotheke)



Reichsadler-Apotheke in Daressalam.

Abb. 18 Offizin der Reichsadler-Apotheke (1911).

war Bezirksrat²⁴⁾ von Tanga und Beisitzer am Kaiserlichen Bezirksgericht.²⁵⁾ Doch hinderten ihn alle diese Tätigkeiten nicht daran, seine Apotheke ordnungsgemäß zu führen, wie eine amtliche Revision Ende Juli 1909 bestätigte, bei der sich die Revisionskommission, bestehend aus Oberstabsarzt Meixner und Regierungsapotheker Buchholz, höchst anerkennend über den Betrieb und die Befunde aussprach.²⁶⁾ Ein Mitarbeiter Müllers, Hatzig, beschrieb 1911 in einem Brief²⁷⁾ an die Pharmazeutische Zeitung recht anschaulich das Leben in der Elefantenapotheke:

"In Bezug auf die Dienststunden schließt sich die Apotheke dem Ortsgebrauch der übrigen Firmen an. In Tanga ist Geschäftszeit von 7 bis 12 Uhr und von 14 bis 17 Uhr Nachtdienst ist sehr gering. An hohen Feiertagen wie Weihnachten, Oster und Pfingsten wird das Geschäft nur an einem Tage von 8 bis 11 Uhr geöffnet Ein Privatarzt hat sich bis jetzt hier in Tanga noch nicht niedergelassen. Die Europäer, welche den Arzt im Krankenhaus konsultierten, ohne dort zu bleiben, beziehen die verordneten Medikamente aus der Privatapotheke . . . Mit dieser ging es nur sehr langsam vorwärts, entsprechend der Neuanlage von Sisalhanf- und Kautschukplantagen, die mit ihren nach Hunderten zählenden farbigen Arbeitern einen ziemlichen Arzneibedarf haben. Jetzt, wo das Hinterland von Tanga, die Landschaft Usambara, mit Plantagen dicht besät ist, ist dieser Arzneikonsum im Vergleich zum Anfang ein recht bedeutender geworden Die Eingeborenen haben selbst eine ganze Reihe von Heilmitteln, die dem Tier- und Pflanzenreich entnommen sind. Durch die Pflanzungsbetriebe jedoch mit der guten Wirksamkeit europäischer Medikamentebekanntgemacht, überwinden sie allmählich ihr anfängliches Mißtrauen gegen dieselben . . . Araber und Swaheli . . . sind ein dankbares Kaufpublikum, das meist, ohne lange zu handeln und zu feilschen, mit der erstandenen Dawa²⁸⁾ abzieht. Mit den hier ansässigen Indern, meist in unserer Kolonie reich gewordenen Leuten, ist der geschäftliche Verkehr schon etwas schwieriger. Diese versteifen sich immer auf irgendeine englische Spezialität und verstehen sich . . . nur sehr ungern zu etwas anderem, wenn auch gleichwertigem. Außerdem machen einzelne Inder der Apotheke durch Verkauf von Jodoform, Jodkali und englischen Patentmedizinen ganz erheblich Konkurrenz. Eine Beschwerde beim Gouvernement hatte bis jetzt keinen Erfolg."

Weiterhin schilderte Hatzig den Umgang mit den verschiedensten Nationen, lobt die Geschicklichkeit der afrikanischen Hilfskräfte und klagte über das monotone Leben im Schutzgebiet, wobei er aber die sich immer mehr durchsetzende Erkenntnis hervorhob, daß Sport und Leibesübungen auch unter dem Tropenhimmel sehr zum persönlichen Wohlbefinden beitragen könnten.

24) AAz. DOA, 11 (1907), 1. Juni.

25) Us. Post, 42 (1904), 27. August.

26) Us. Post, 22 (1909), 12. Juni.

27) Pharmaz Ztg. 30 (1911), 301 f.

28) Der Name des Apothekers in Kiswaheli ist Bwana ya Dawa: Herr der Medizin

C.) ART DER APOTHEKEN UND IHR WARENSORTIMENT

Die beiden Apotheken in Dar-es-Salaam und Tanga, gleiches gilt für die später gegründeten, stellten einen völlig anderen Apothekentyp dar, als man ihn in Deutschland trotz der vielfältigen Betriebsformen kannte. Wenn es auch seinerzeit nicht bewußt kopiert wurde, so fand man hier doch den Typ des Drugstores vor, geboren aus der Notwendigkeit, in den Schutzgebieten zur ordnungsgemäßen Arzneiversorgung Apotheken errichten zu müssen, ohne sie gleichzeitig finanziell absichern zu können. So sind es in sämtlichen deutschen Schutzgebieten kapitalkräftige und tropenerfahrene Handelsgesellschaften,²⁹⁾ die einen Apotheker, dem eine Konzession erteilt wurde, als Teilhaber aufnehmen.²⁹⁾ Eine Konzession konnte nur einem Apotheker erteilt werden und nicht, wie die Firma "Richter und Nölle"³⁰⁾ glauben machen wollte, an die Handelsgesellschaft selbst. Dieses Zusammenwirken brachte es mit sich, daß die Apotheke einem Warenhaus angeschlossen wurde oder umgekehrt. Aus der Konzessionsurkunde³¹⁾ für die Reichsadlerapotheke ist zu ersehen, daß die Apotheke erst fünf Jahre nach Erhalt der Konzession verkauft werden durfte, und dieser Verkauf von der vorher einzuholenden Genehmigung des Gouverneurs abhängig und außerdem ein ausschließliches Recht war. Gleiches³²⁾ galt für die Elefantenapotheke, kam dort aber nicht zum Tragen. Zur Erteilung der Konzession³³⁾ war der Gouverneur ermächtigt. Es kamen nur solche Apotheker in Frage, die sich im Schutzgebiet niederlassen wollten und sich im Besitz einer Approbation zum selbständigen Betriebe einer Apotheke im deutschen Reich befanden. In dem man weiterhin die Verkäuflichkeit festlegte und damit von der im Reiche geübten Praxis der Personalkonzession³⁴⁾ abwich, trug man dem Umstande Rechnung, daß es nicht zumutbar war, einen Apotheker lebenslänglich in die Schutzgebiete mit ihren ungesunden Verhältnissen zu verbannen. Der Konzessionar und der Betrieb der Apotheken war den Grundsätzen der preußischen Apothekengesetzgebung, sowie den noch zu erlassenen erleichternden oder ergänzenden Verordnungen des Gouverneurs unterworfen.³⁵⁾

29) Bei der Errichtung der "Apotheke zum großen Kurfürst" im Duala war die afrikanische Kompagnie A.G., Berlin beteiligt.

30) Pharmaz Ztg. 24 (1909), 237.

31) Mitteilung von OFAp. Stietzel

32) KETTELER (1941), 21. Pharmaz Ztg. 24 (1909), 237.

33) Pharmaz Ztg. 24, (1909), 237. Pharmaz Ztg. 19 (1909), 184.

34) Pharmaz Ztg. 83 (1909), 819

35) Pharmaz Ztg. 24 (1909), 237.

Eine Arzneitaxe war bis zum Jahre 1907 nicht vorgeschrieben,³⁶⁾ im allgemeinen blieb die Preisfestsetzung für Handverkaufsartikel dem Apotheker überlassen, während den Rezepturpreisen die deutsche Arzneitaxe zugrunde lag, auf die man 100 % aufzuschlagen pflegte³⁷⁾.

Die Inhaber der Apotheke waren verpflichtet, nur solche Arzneien abzugeben, deren Beschaffenheit den Vorschriften des damals gültigen Deutschen Arzneibuches (D A B 5) entsprach.³⁸⁾

Da der Apotheke ein Warenhaus angeschlossen war, gestaltete sich auch das Warenangebot anders. Es kann, was die Räumlichkeiten anbetrifft, grundsätzlich nicht zwischen Apotheke und Warenhaus unterschieden werden; vielmehr wurden alle Waren der verschiedensten Kategorien in der Offizin feilgeboten. Zwar wurde anderen Handelsgesellschaften nicht der Handel mit Materialien und Gewürzen sowie der Wein- und Aquavitausschank verboten, doch konnten die Apotheker in den Schutzgebieten von den Arzneimitteln allein nicht leben. Meist entwickelte sich der Warenhauszweig schneller und besser.

36) KETTELER (1941), 22.

37) Pharmaz Ztg. 19 (1909), 184.

Pharmaz Ztg. 24 (1909), 237.: In den übrigen Schutzgebieten ohne Apotheke (Kamerun, Togo, Neu-Guinea) kann die Bevölkerung, Weiße wie Farbige, ihren Bedarf an Medikamenten in den Regierungskrankenhäusern decken. Die Berechnung der Arzneimittel, welche aus amtlichen Beständen abgegeben werden, erfolgt nach einer vom Gouverneur aufgestellten Taxe.

Pharmaz Ztg. (1909), 66, 638.: Wer im Binnenlande reist, kann für sich und seine Leute Arzneien und Verbandstoffe zu außerordentlich billigen Preisen von den Regierungärzten erhalten, allerdings (AAz.DOA (1910), 32, 24. September.) als solchen Bitten nur insoweit stattgegeben werden durfte, wenn ein Ausgehen der Arzneimittel auf den Sanitätsstellen selbst bis zum Eintreffen des Ersatzes ausgeschlossen ist. Zur Regel sollte jedoch die Abgabe von Arzneimitteln an Private nicht werden.

38) Pharmaz Ztg. 24 (1909), 237.

39) Pharmaz Ztg. 30 (1911), 302.

Unter den Medikamenten nahm Chinin als Vorbeugungs- und Heilmittel bei Malaria die Hauptrolle ein. Es wurde in Form von Gelantine-Perlen oder als Chinin-Schokolade-Tabletten der Firma Zimmer & Co aus Frankfurt in den Handel gebracht. Später gelangte noch Euchinin zur Verwendung. Daneben standen Mittel gegen Typhus, Leber- und Nierenleiden und gegen Geschlechtskrankheiten (zur Hauptsache für die Eingeborenen) im Vordergrund. Verlangte der Europäer fast alle Mittel, die ihm von seiner Heimat her geläufig waren, was zu einer großen Verschiedenartigkeit des Lagers beitrug, so wurden für die Afrikaner, nachdem sie ihr anfängliches Mißtrauen überwunden hatten, Jodoform, Jodkali, Bittersalz, Calomel-tabletten, Rizinusöl, Tannin-Opiumtabletten, Lysol, Borsalbe, Lassarsche Paste, Vaseline, Chinosoltabletten und andere zu einem beliebten Handverkaufsartikel.³⁹⁾ Soweit es die Tropen gestatteten, wurden alle heimischen Mittel mit den alle drei Wochen Ostafrika anlaufenden Reichspostdampfern eingeführt. Doch litten unter dem feuchten Klima am indischen Ozean im wesentlichen die Chemikalien. Alles, was nicht luftdicht verschlossen werden konnte, zerfloß. Bei den Drogen ergaben sich insbesondere Schwierigkeiten durch Insekten, die trotz fester Verschlüsse Eingang in die Gefäße fanden. Nur zu einem geringen Teil konnten die dadurch entstehenden Kosten durch Aufschläge auf die Arzneitaxe ausgeglichen werden.⁴⁰⁾

In fast jeder Ausgabe der drei⁴¹⁾ in Deutsch-Ostafrika erscheinenden Zeitungen konnte man die groß aufgemachten Anzeigen (siehe Abbildung) der Apotheken in Tanga und Dar-es-Salaam, meist nach der Ankunft eines Dampfers finden. Die Reichsadlerapotheke hielt Arzneimittel jeder Art in den gebräuchlichsten Formen, Drogen, photographische Artikel und Chemikalien, Verbandstoffe, medizinische und Toilettenseifen, Kurbedürfnisse und Parfümerien in großer Auswahl vorrätig. Taschen- und Expeditionsapotheken fertigte sie nach besonderen Wünschen an. Daneben wurde ein reichhaltiges Lager von Konserven, Getränken Bedarfsartikeln jeder Art für die Reise und das Haus

40) Pharmaz. Ztg. 30 (1911), 300.

41) In Dar-es-Salaam erschienen die Deutsch-Ostafrikanische Zeitung und die Deutsch-Ostafrikanische Rundschau, in Tanga die Usambarapost. In der Pharmaz. Ztg. (1906), 456, wurde folgendes amüsante Inserat aus einer Deutsch-Südwestafrikanischen Zeitung veröffentlicht: "Durch jahrelange Erfahrung mit hiesigen Geschäftsverhältnissen im Wagenbau und Viehhandel gut vertraut, erlaube ich mir hiermit, den Herren Landsleuten für etwaige prompte und genaue Ausführung ihrer Aufträge meine Dienste anzubieten. M. Sprengmann, Apotheker, Lady Grey Dispensary, Paarl.

angeboten, Ausrüstungen ins Innere sorgfältigst ausgeführt und das sachgemäße Verpacken nebst Spedition von Sammlungsgegenständen aller Art auf Grund langjähriger Erfahrung übernommen. Die Müllersche Apotheke dagegen ging mit ihren Anzeigen mehr ins Detail und offerierte blaue Sportmützen, Taschenmesser, Schnürstiefel, Taschenuhren, chirurgische Bestecke, Peilkompasse, Fahrradschläuche, Wasserklösetts, Waschbretter, Kaffeemühlen, Senking Herde, Bügeleisen, Eichen-spazierstöcke, Garderobenkoffer, Eisenblech, denaturierten Spiritus, englische Shagpfeifen, Parfüms, Suspensorien, Somatose, Sanatogen, süße Mandeln, Sarottischokolade, Zigaretten (Marke Apis), Habys Bartbinden, Chlorkalzium, Essigsäure und als Spezialität komprimierte Arzneimittel. Selbst mit Gebrauchtwaren handelte man, indem man in einer besonderen Annonce⁴²⁾ neben einem gebrauchten Fahrrad und einem fast neuen Fotoapparat auch eine Elefantenbüchse mit Patronen billig anbot.

Bei dieser bunten Vielfalt kann man sich nur den Worten des Apothekers Carl F. Hatzig aus Tanga anschließen: "Alles in allem ein ganz interessanter Betrieb."⁴³⁾ Doch dieser interessante Betrieb in seinem Zusammenspiel von Apotheke und Warenhaus schuf erst die Grundlage für ein geordnetes Apothekenwesen und die geachtete Stellung der Apotheker in dem Schutzgebiet. Das drückte sich nicht zuletzt auch darin aus, daß die Apotheker als Vorsitzende der wirtschaftlichen Vereinigung von Dar-es-Salaam und als Bezirksräte von Tanga und der Hauptstadt wirkten.⁴⁴⁾

42) DOA Ztg. (1912), 3. Mai.

DOA Ztg. (1903), 28. März.

43) Pharmaz Ztg. 30 (1911), 302.

44) DOA Ztg. 45 (1909), 9. Juni.

DOA Ztg. 15 (1914), 18. Februar.

DOARSch. 79 (1909), 9. September.

4. Kapitel

DIE PHARMAZEUTISCHE GESETZGEBUNG IN DEN DEUTSCHEN SCHUTZ- GEBIETEN

A.) ABLEITUNG DES RECHTS ZUM ERLASSEN VON VERORDNUNGEN

Die Grundlage für Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtspflege in den Kolonien war das sog. Schutzgebietsgesetz, ein Reichsgesetz mit Geltung für sämtliche Schutzgebiete.¹⁾ Da das Reich sich befugt sah, Rechtsnormen territorialen Charakters für die Schutzgebiete aufzustellen, ergab sich als notwendige Folge, daß die Schutzgebiete zum Reich staatsrechtlich in einem direkten Abhängigkeitsverhältnis standen und als Inland betrachtet werden mußten. Andererseits galten sie aber nicht als Bundes- bzw. Reichsgebiet, sondern als überseeische Zubehörungen, die nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen die Rechtsschicksale der Hauptsache teilten. Sie konnten ähnlich wie Schiffe als schwimmende Gebietsteile betrachtet werden und galten somit in Bezug auf die Gerichtshoheit wie die Verwaltung als Teil des deutschen Gebiets, obwohl sie es im engeren Sinne nicht waren. Damit war allerdings nicht gesagt, daß die im Reiche geltenden Rechtsnormen auch für die Schutzgebiete in allem verbindlich waren. Schon die Verschiedenartigkeit äusserer Verhältnisse gegenüber dem Reiche (z.B. der Mangel an Verkehrsmöglichkeiten) ließ es unklug erscheinen, alle Reichsrechtsnormen in den Schutzgebieten zu verwirklichen. Auf die besonderen Verhältnisse mußte einmal durch Erlaß von Sondergesetzen und zum anderen durch Abänderung und Ergänzung bereits bestehender Gesetze Rücksicht genommen werden.²⁾

§ 15 des Schutzgebietsgesetzes besagte¹⁾, daß der Reichskanzler die zur Ausführung des Schutzgebietsgesetzes erforderlichen Anordnungen zu erlassen habe, und räumte ihm die Befugnis ein, für die Schutzgebiete oder für einzelne Teile derselben polizeiliche und sonstige die Verwaltung betreffende Vorschriften zu erlassen und bei Nichtbefolgen Strafen, eventuell die Einziehung von Gegenständen anzudrohen. Die Ausübung dieser Befugnis konnte der Reichskanzler sowohl der mit einem Kaiserlichen Schutzbriefe für das betreffende Gebiet versehenen Kolonialgesellschaft als auch den Beamten des Schutz-

1) SCHNEE (1920), III, 317 f. : Schutzgebietsgesetz vom 25. Juli 1900 (RGBl. S. 809)

2) HÖPFER (1907), 1 - 3. Die wichtigste Quellensammlung ist die 1893 von Riebow begonnene, von Zimmermann Teil II - V (1897 - 1901) und Teil VI - IX (1903 - 1905) von Schmidt-Dargitz und Köbner fortgesetzte "Deutsche Kolonialgesetzgebung". Es ist eine Sammlung der auf die deutschen Schutzgebiete bezüglichen Gesetze, Verordnungen, Erlasse und internationale Vereinbarungen.

gebietes übertragen.

Die uneingeschränkte Macht, den Kolonien Gesetze zu geben, hatte nur das Reich. In zweiter Linie stand sie dem Kaiser als demjenigen zu, der die Reichsgewalt ausübte; denn nach § 1 übte der Kaiser im Namen des Reiches in den deutschen Schutzgebieten die Schutzgewalt aus. Die Zustimmung des Bundesrats und des Reichstags war zu den Verordnungen des Kaisers nicht erforderlich.¹⁾ Dagegen bedurften sie der Gegenzeichnung des Reichskanzlers. Der Bundesrat hatte seine Hoheitsrechte dem Kaiser delegiert. Somit war dieser befugt, im weitesten Umfange in kolonialen Angelegenheiten Verordnungen mit Gesetzeskraft zu erlassen. Unter anderem hatte er die Regelung der Rechtsverhältnisse der Eingeborenen²⁾ unbeschränkt inne. Die Justizverwaltung in den Kolonien bezog sich nicht nur auf die Aufsicht über die ordnungsgemäße Ausführung der Amtsgeschäfte, sondern auch auf die Rechtssprechung selbst.

B.) MEDIZINALERLASSE UND VERORDNUNGEN IN DEUTSCH-OSTAFRIKA BIS ZUM INKRAFTTRETEN DER VERORDNUNG DES REICHSKANZLERS BETREFFEND DIE ERRICHTUNG UND DEN BETRIEB VON APOTHEKEN IN DEN SCHUTZGEBIETEN AFRIKAS UND DER SÜDSEE, MIT AUSNAHME VON DEUTSCH-SÜDWEST-AFRIKA VOM 12. JANUAR 1911

Durch Inder und Araber war der Gebrauch von Rauschgiften an der Küste Ostafrikas weit verbreitet, so daß auch Herman von Wissmann darüber bewegt Klage führte.³⁾ So nimmt es kein Wunder, daß sich eine der ersten für Deutsch-Ostafrika speziell verfaßten Verordnungen mit diesem Problem beschäftigte. Die Verordnung⁴⁾ betreffend den Verkauf von Opium und gleichwertigen Genußmitteln vom 2. September 1891 untersagte den Verkauf von Opium, Hanf und Haschisch an farbige Soldaten der Kaiserlichen Schutztruppe oder an farbige Angestellte des Kaiserlichen Gouvernements. Es ist dies die einzige in pharmazeutischer Hinsicht wichtige Verordnung vor dem Jahre 1911, die sich in der deutsch-ostafrikanischen Gesetzgebung finden läßt. Daneben existierten eine Anzahl von Runderlassen, die meist zu einem bestimmten Zeitpunkt akute Probleme behandelten, so z.B. die Gouvernementskrankenhäuser in Tanga und Dar-es-Salaam. Ein Runderlaß des Jahres 1910 beschäftigte sich mit Arznei- und Ver-

3) Siehe Teil I, Kap. 1.

4) RIEBOW (1893), I, 390.

bandmitteln und deren Preisen, wobei zwei Erlasse ⁵⁾ aus den Jahren 1893 und 1898, die beide keinen Eingang in die Sammlung der deutschen Kolonialgesetzgebung gefunden haben, außer Kraft gesetzt wurden. Ein Erlaß ⁷⁾ aus dem Jahre 1910 genehmigte, durchmarschierenden, nicht zum Gouvernement gehörenden Europäerexpeditionen, Missionsstationen und Pfalnzungen aus den Beständen der Sanitätsstationen Arzneimittel abzugeben, sofern Defekte auf den Dienststellen selbst nicht zu befürchten waren. Andererseits wurde aber weiter verfügt, daß dies auf Ausnahmefälle zu beschränken sei, da diese Dinge aus den Privatapotheken des Schutzgebietes zu beziehen seien. Nur hinsichtlich Chinin wurde mit einer Verfügung des Jahres 1905 eine Ausnahme gemacht, indem die Sanitätsstellen ermächtigt wurden, an deutsche wie nichtdeutsche Siedler während des Marsches an ihren Ansiedlungsort Chinin kostenlos abzugeben. Ein Runderlaß des Jahres 1899 ⁶⁾ wies sämtliche Zollämter Deutsch-Ostafrikas an, für medizinische und physikalische Instrumente in europäischen Plantagen hinfort Zollfreiheit zu gewähren.

Diese wenigen und sich nur auf Teilaspekte der Arzneimittelversorgung vor allem seitens der Verwaltung beschränkenden Erlasse zeigen, daß das Schutzgebiet eine eigentliche Arzneimittel- und Apothekengesetzgebung entbehrte. Wenn auch für die ersten Apotheken Deutsch-Ostafrikas die Revidierte Preußische Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 als verbindlich erklärt worden war, ⁷⁾ so bezog sich diese doch mehr auf den inneren Betrieb einer Apotheke, ohne etwas für deren wirtschaftliche Sicherung zu bedeuten. Alle Mittel konnten in beliebiger Quantität direkt vom Großhändler aus Deutschland bezogen werden. ⁸⁾

C.) VERORDNUNG DES REICHSKANZLERS, BETREFFEND DIE ERRICHTUNG UND DEN BETRIEB VON APOTHEKEN IN DEN SCHUTZGEBIETEN AFRIKAS UND DER SÜDSEE, MIT AUSNAHME VON DEUTSCH-SÜDWESTAFRIKA VOM 12. JANUAR 1911.

Die Verordnung vom 12. Januar 1911 (s. Anhang I) regelte in fast allen Schutzgebieten die Verhältnisse auf dem Sektor des Apothekenwesens in vorbildlicher Weise. In ihr waren das Pachtland Kiautschau ⁹⁾ und Deutsch-Südwestafrika ausgenommen. In Kiaut-

5) AAz.DOA 32 (1910), 24. September.

6) ZIMMERMANN (1900), IV, 27.

7) KETTELER (1941), 23.

8) Us. Post. 2 (1912), 13. Januar.

9) Pharmaz Ztg. 7 (1911), 64.

Pharmaz Ztg. 80 (1911), 302.: Neben der Zivilapotheke bestand in Tsingtau noch eine Gouvernementsapotheke unter der Leitung eines Marineoberstabsapothekers, die am 12. April 1899 eröffnet worden war.

schauf, das dem Reichsmarineamt unterstand, war das Apothekenwesen und der Arzneiverkehr bereits durch Verordnungen des Gouverneurs vom 7. November 1900 und vom 30. Januar 1902 geregelt worden; wahrscheinlich anlässlich der Errichtung der Rote-Kreuz-Apotheke in Tsingtau am 1. Januar 1901. Wesentliche Elemente der Verordnung ¹⁰⁾ des Gouverneurs von Deutsch-China fanden sich in der Verordnung von 1911. Für Deutsch-Südwestafrika hatte der dortige Gouverneur am 1. Januar 1901 eine Verordnung ¹¹⁾ betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln im Deutsch-Südwestafrikanischen Schutzgebiet erlassen, die allerdings keine Bestimmungen über den Betrieb von Apotheken enthielt oder überhaupt etwas zum Apotheker bzw. zum Apothekenwesen aussagte.

10) Pharmaz Ztg. 10 (1901), 96.

11) Pharmaz Ztg. 43 (1901), 427.

KETTELER (1941), 26.: Apotheken konnten in Deutsch-Südwestafrika erst nach Kündigung des Vertrages mit der Berliner Firma (Dr.-Kades-Oranienapotheke: ADLUNG-URDANG (1935), 392) gegründet werden, nachdem sich das Gouvernement entschloß, Arzneimittel von diesen Apotheken zu kaufen, aber dagegen zur Bedingung machte, daß die Apotheken vorerst ihre Einkäufe aus Übervorräten der beiden Gouvernementsdepots, die erheblich zuviel an Materialien aus dem Hererokrieg lagerten, tätigen. (Nach einer Mitteilung des Gouverneurs vom 11. Februar 1909 über die Grundsätze, nach denen die Erlaubnis zur Errichtung neuer Apotheken erteilt wird. (Pharm. Ztg. 7 (1911), 64). Die Apothekenkonzessionen waren keine ausschließlichen Rechte, maßgeblich wurden die für Preußen erlassenen Vorschriften.

Weiterhin führt Ketteler zur Frage des praktisch verordnungslosen Zustandes in Deutsch-Südwestafrika auf Seite 40 f aus: "Der Gouverneur von Deutsch-Südwestafrika konnte sich nicht entschließen, den Apotheken irgendwelche Berechtigung einzuräumen, sondern wollte den Grundsatz des freien Wettbewerbes und der Gewerbefreiheit ähnlich wie in England und der Schweiz gewahrt wissen. Schließlich bestanden Bedenken die §§ 7 und 11 der Apothekerordnung in Anwendung zu bringen . . . Auf wiederholte Vorstellungen der interessierten Apotheker und des Reichskolonialamtes, die auf eine baldige Klärung der Apothekenverhältnisse hindrängten, wurde nochmals ein Entwurf vom Gouvernement ausgearbeitet und dem Landesrat vorgelegt, der ihn an eine Kommission weitergab, zu der der Apotheker Herzog als Sachverständiger hinzugezogen war. Trotz dessen Bedenken gegen die beabsichtigte Weglassung des Verzeichnisses A (siehe Anlage) wurde der Entwurf gutgeheißen".

Es kam keine Einigung zustande, so daß es beim Ausbruch des I. Weltkrieges in Deutsch-Südwestafrika noch keine Apothekerverordnung gab.

Amtlicher Anzeiger

für Deutsch-Ostafrika.

Herausgegeben vom Kaiserl. Gouvernement von Deutsch-Ostafrika

XII. Jahrgang.

Baressanani, 8. Juli 1911.

No. 29.

Inhalt: Apothekenverordnung. Ausführungsbestimmungen dazu. Döngungsversuche — Faktophila im Schutzgebiet. (Zu beiliegendem Aufhange.)

Verordnung.

des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika.

Vom 12. Januar 1911.

Auf Grund des § 15 des Schutzgebietsgesetzes R. G. Bl. 1900 S. 183 wird hiermit für die Schutzgebiete Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika, verordnet, was folgt:

§ 1.

Wer in einem Schutzgebiete eine Apotheke betreiben will, bedarf dazu, ausser der Approbation zum selbständigen Betriebe einer Apotheke im Gebiete des Deutschen Reiches, der schriftlichen Erlaubnis des Gouverneurs, die unter Angabe der Gründe versagt werden kann. Der Bewerber sind die nachstehend aufgeführten persönlichen Ausweise beizufügen:

- 1.) der Lebenslauf,
- 2.) die Approbation, in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift,
- 3.) die amtlich beglaubigten nach der Zeitfolge geordneten und gehefteten Zeugnisse über die bisherige Beschäftigung seit Ablegung der Staatsprüfung in Urschrift oder beglaubigter Abschrift,
- 4.) polizeiliche, der Zeitfolge nach geordnete und geheftete Führungszeugnisse in Urschrift oder in amtlich beglaubigter Abschrift aus allen Orten, an denen der Bewerber seit Ablegung der Staatsprüfung als Apotheker oder in sonstiger Beschäftigung tätig gewesen ist,
- 5.) ein amtlich beglaubigter, aus neuester Zeit herführender Nachweis über die zur Errichtung und zum Betriebe einer Apotheke erforderlichen Geldmittel.

Der Gouverneur ist ermächtigt, von der Belassung einzelner der unter 3-5 benannten

Nachweise aus besonderen Gründen abzusehen.

§ 2.

Die Erlaubnis darf nur natürlichen Personen erteilt werden.

Beim Erwerb einer bestehenden Apotheke darf die Erlaubnis, abgesehen von den Fällen des § 3 und, sofern den Erfordernissen des § 1 genügt ist, nur aus wichtigen Gründen versagt werden.

§ 3.

Die Erlaubnis muss versagt werden, wenn der Bewerber:

- 1.) sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindet,
- 2.) infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt ist.

§ 4.

Die Erlaubnis zum Betriebe der Apotheke kann durch den Gouverneur zurückgenommen werden:

- 1.) wenn der Berechtigte wegen eines Verbrechens oder Vergehens, bei welchem auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann oder bei welchem ein Verstoß gegen die Berufspflichten eines Apothekers vorliegt, rechtskräftig verurteilt worden ist,
- 2.) wenn der Berechtigte sich durch wiederholte Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften über den Betrieb von Apotheken als unzuverlässig in Bezug auf die Ausübung des Apothekerberufs erwiesen hat,
- 3.) wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargelegt wird, auf Grund deren die Erlaubnis erteilt worden ist,
- 4.) wenn der Berechtigte unbefugt den Betrieb der Apotheke einstellt oder durch einen anderen, dem der Gouverneur die Ausübung nicht gestattet hat, wahrnehmen lässt,
- 5.) wenn der Berechtigte unbefugt den Be

Abb. 19 Titelblatt der in Ostafrika veröffentlichten Apothekenverordnung (1911)

Schon 1904 waren in der damaligen Kolonialabteilung des Auswärtigen Amtes Versuche unternommen worden, das gesamte Medizinalwesen für alle Kolonien einheitlich zu regeln. Doch auf Grund von Rundfragen an die einzelnen Gouverneure zeigte sich, daß angesichts der zu diesem Zeitpunkt in den Schutzgebieten kaum vorhandenen Apotheken kein Interesse für irgendwelche Apothekenverordnungen bestand.¹²⁾ Erst das Zusammentreffen zweier glücklicher Umstände, dem Reichsapothekengesetzentwurf vom Jahre 1907¹³⁾ und dem gleichzeitigen Eintritt des Korpsstabsapothekers Dr. A. Adlung¹⁴⁾ in das nunmehrige Reichskolonialamt ließen das Interesse für diese Fragen wieder aufflackern. Die von Adlung¹⁵⁾ unterbreiteten Vorschläge, die sich inhaltlich an den Reichsapothekengesetzentwurf anlehnten,¹⁶⁾ wurden gutgeheißen. Ein in damaliger Zeit brennendes Problem für die deutschen Apotheker war die Art der Konzession: Personalkonzession, Verkäuflichkeit oder Unverkäuflichkeit oder Abhängigkeit von der Bedürfnisfrage, wie sie § 2 des Reichsapothekengesetzentwurfs¹⁷⁾ vorsah. Adlung, mit den Verhältnissen in den Schutzgebieten wohl vertraut, "trat für eine an die Erlaubnis des Gouverneurs gebundene Käuflichkeit und Niederlassungsfreiheit ein."¹⁸⁾ Nach Bekanntwerden der Apothekenordnung kommentierte die Pharmazeutische Zeitung zufrieden: "Von dem Reichsapothekengesetzentwurf unterscheidet sich die neue Verordnung in sehr bemerkenswerter Weise dadurch, daß sie alle die Unverkäuflichkeit der Apotheken betreffenden Bestimmungen gestrichen hat. Von dem gewagten, ja wohl überhaupt unmöglichen Experiment einer Einführung der Personalkonzession ist das Apothekenwesen in den Schutzgebieten somit glücklicherweise verschont geblieben." Diese Behauptung stützte sich allein auf die Tatsache, daß nichts über die Fragen der Verkäuflichkeit gesagt worden war und auf § 2, der unter anderem bestimmte, daß der Erwerb einer

12) KETTELER (1941), 36.

13) Dtsch. Apoth. Ztg. 6 (1911), 50.

14) Pharmaz. Ztg. 7 (1911), 64.

Pharmaz. Ztg. 30 (1911), 302.

15) Dr. Alfred Adlung nahm von 1904 - 1907 als Stabsapotheker der Deutsch-Südwestafrikanischen Schutztruppe am Krieg gegen die Hottentotten und Herero teil. Danach war er als erster und einziger Apotheker Korpsapotheker im Reichskolonialamt. Ihm unterstand damit das Apothekenwesen in allen Schutzgebieten des Deutschen Reiches. Auf der Erfolgsseite seines Lebens steht vor allem der Kolonialdienst, in dem er sich im Krieg und Frieden bewährt hat. Adlung selbst bezeichnet seine Tätigkeit in den Kolonien und im Reichskolonialamt als die schönste seines Lebens.

Dtsch. Apoth. Ztg. 81 (1937), 128.

16) Pharmaz. Ztg. 7 (1911), 64.

17) Dtsch. Apoth. Ztg. 6 (1911), 50.

18) KETTELER (1941), 37.

bestehenden Apotheke nur aus wichtigem Grunde versagt werden durfte. So bestanden noch immer Zweifel, ob nun das System der Personalkonzession eingeführt war oder nicht.¹⁹⁾ Eine Zuschrift²⁰⁾ aus Kolonialkreisen verneinte dies. Die Frage muß wohl eher dahingehend beantwortet werden, als daß man hier nicht von einem System der Personalkonzession, so wie es in Preußen damals üblich war, gesprochen werden konnte. Es war aber insofern eine Personalkonzession, als daß der Gouverneur in beschränktem Umfang auf den Verkauf Einfluß nehmen konnte.

§ 1²¹⁾ regelte die Anforderungen und Bedingungen, die einem an der Errichtung von Apotheken in den Schutzgebieten interessierter Apotheker gestellt wurden. Dies waren: Vorlage eines Lebenslaufes, Nachweis der Approbation, Zeugnisse über die bisherige Beschäftigung, polizeiliche Führungszeugnisse und ein Nachweis über die erforderlichen Geldmittel. Der Gouverneur, zum Verzicht auf die letzten drei Nachweise ermächtigt, konnte die Erlaubnis unter Angabe der Gründe versagen. Wenn es auch nicht vorgekommen ist, so hätte sich, da der Nachweis der Staatsbürgerschaft nicht erbracht werden mußte, auch ein Ausländer in den deutschen Schutzgebieten niederlassen dürfen. § 3 enthielt zwei Bestimmungen darüber, wann eine Erlaubnis versagt werden mußte, und § 4 regelte die sechs Fälle, in denen die Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke durch den Gouverneur zurückgenommen werden konnte, während § 5 angab, durch welche Umstände die Erlaubnis zum Betriebe einer Apotheke von selbst erlosch. § 6 ließ Zweigapotheken nur an solchen Orten zu, an denen noch keine Apotheke bestand. Von besonderer Bedeutung für die Schutzgebiete wurden die §§ 7 und 8 mit Bestimmungen über die Einrichtung von Hausapotheken, ein akutes Problem auf den Plantagen. Da diese beiden Paragraphen zu ausgedehnten Kontroversen Anlaß geben, sollen sie an anderer Stelle gesondert behandelt werden.²²⁾ § 9 erklärte das deutsche Arzneibuch für die Schutzgebiete als verbindlich, gestattete jedoch dem Gouverneur, Abweichungen zuzulassen, die den besonderen Verhältnissen im Schutzgebiet Rechnung tragen sollten. Mit § 10 wurde die deutsche Arzntaxe - ebenfalls mit abweichenden Bestimmungen - eingeführt, und § 11 betraf die Kaiserliche Verordnung

19) Dtsch. Apoth. Ztg. 53 (1912), 506.

20) Dtsch. Apoth. Ztg. 64 (1912), 607.

21) Siehe Anlage: Apothekerverordnung.

22) Siehe Teil I, Kap. 4 E.

über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901, die Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel, sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken (V.O. vom 13. Mai 1896 und 22. März 1898), ferner die Vorschriften über den Verkehr mit Geheimmitteln und ähnlichen Arzneimitteln vom 23. Mai 1903 und 27. Juni 1907 sowie die Vorschriften über den Handel mit Giften vom 29. November 1894, dem 17. Mai 1901 und 1. Februar 1906. Die §§ 12 und 13 enthielten Angaben über Aufsicht und Revision der Apotheken und § 14 ermächtigte den Gouverneur, ergänzende Vorschriften zur Betriebsordnung zu erlassen. Besonders relevant für die Schutzgebiete war § 15, der dem Konzessionsinhaber den Betrieb von Nebengeschäften des Apothekergewerbes gestattete und es darüber hinaus in die Hand des Gouverneurs legte, auch wesensfremdere Betätigungen zu erlauben. Dies trug den besonderen Verhältnissen in den Kolonien Rechnung, wo die Wirtschaftlichkeit einer Apotheke als solche in keinem Falle erwartet werden konnte. So waren ihre Inhaber immer gleichzeitig Leiter eines Warenhauses, betrieben Limonaden- und Sodaherstellung (Sodawasser hatte nicht nur seine Bedeutung als Getränk, sondern man benutzte es auch anstatt Leitungswasser zum Zähneputzen! -), waren Besitzer eines Eiswerks oder einer Plantage. Wie schon gezeigt, machte besonders der Apotheker W. Müller in Tanga von dieser Möglichkeit ausgiebig Gebrauch. Er dürfte während seiner achtzehnjährigen Anwesenheit im Schutzgebiet zu beträchtlichem Wohlstand gekommen sein. Die §§ 16 bis 18 enthielten Strafbestimmungen, die sich an den Reichsapothekengesetz entwurf anlehnten.²³⁾ Der vorletzte Paragraph nahm den Betrieb der amtlichen Apotheken (Gouvernements- und Lazarettapotheken) von den Verordnungen aus, während § 20 den Zeitpunkt des Inkrafttretens mit dem 1. Mai 1911, zwei Monate vor der Publikation im Amtlichen Anzeiger²⁴⁾ für Deutsch-Ostafrika, bestimmte.

Diese Verordnung wurde seitens der Apotheker sehr begrüßt und, wenn sie auch vorerst nur für Deutsch-Ostafrika, Kamerun und Samoa Bedeutung hatte, hoffte man doch, daß sie Anlaß zur Gründung von Apotheken auch in den übrigen Schutzgebieten geben würde.²⁵⁾

²³⁾ Dtsch. Apoth. Ztg. 6 (1911), 50.

²⁴⁾ AAz. DOA, 29 (1911), 8. Juli.

²⁵⁾ Pharmaz Ztg. 7 (1911), 64.

D.) AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN DES GOUVERNEURS VON DEUTSCH-OSTAFRIKA ZUR VERORDNUNG DES REICHSKANZLERS VOM 12. Januar 1911

Nach § 11 der kolonialen Apothekerverordnung fand die Kaiserliche Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 in den Schutzgebieten Anwendung. Das führte noch kurz vor Erlaß der Ausführungsbestimmungen des Gouverneurs von Deutsch-Ostafrika am 8. Juni 1911 zur Bekanntgabe ²⁶⁾ der Kaiserlichen Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 31. März 1911, die das Verzeichnis B der Verordnung vom 22. November 1901 ergänzte, indem u. a. Acidum acetylosalicylicum und Acidum diaethylbarbituricum dem freien Verkehr entzogen wurden.

Wenige Tage später, am 27. Juni 1911, erließ der Kaiserliche Gouverneur von Deutsch-Ostafrika die umfangreichen Ausführungsbestimmungen ²⁷⁾ zur Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika vom 12. Januar 1911. Diese Ausführungsbestimmungen waren in drei Kapitel gegliedert, von denen sich das erste auf die Hausapotheken (Artikel 1), die Berechnung der Arzneipreise (Artikel 2), die Abgabe stark wirkender Arzneimittel (Artikel 3) und die Einführung des deutschen Arzneibuches V. Ausgabe bezog. Da später näher auf die Hausapotheken eingegangen wird, sei hier nur auf die Artikel 1 und 2 eingegangen.

Der Berechnung von Arzneipreisen wurde die juristisch gültige deutsche Arzneitaxe zu Grunde gelegt. Grundsätzlich war auf den ermittelten Preis, wie schon bisher üblich, ein Aufschlag von 100 % zu erheben. Davon abweichend galt für Chinin- und Thymoltabletten sowie für die Abgabe von Medikamenten an Eingeborenen - Polikliniken ein Aufschlag von höchstens 50 % als zulässig. Die in § 11 der Apothekenverordnung genannten Vorschriften, betreffend Abgabe stark wirkender Arzneimittel, ließen nach § 1 des Artikel 3 der Ausführungsbestimmungen einige Ausnahmen bei Tabletten zu, um den Arzneimittelverkehr in dem Schutzgebiet zu erleichtern; z.B. Acidum

26) AAz. DOA, 25 (1911), 10. Juni.

27) AAz. DOA, 29 (1911), 8. Juli.

tannicum cum Opio, Pulvis Ipecacuanhae opiatu, Antipyrin, Migränin, Sulfonal und einige Quecksilberzubereitungen. Artikel 4 gab Anweisungen, welche Maßnahmen bei der Einführung des Deutschen Arzneibuchs, 5. Ausgabe, zu treffen seien und setzte die Fristen, wie lange die den neuen Anforderungen nicht entsprechenden Arzneimittel abgegeben werden durften und bis wann die übrigen Neuerungen abgeschlossen sein sollten. Fast gleichzeitig mit den Ausführungsbestimmungen wurde "durch Erlaß²⁸⁾ des Staatssekretärs des Reichskolonialamtes vom 30. April 1911 bestimmt, daß das am 1. Januar 1911 in Deutschland in Kraft getretene D A B 5, Ausgabe 1910, vom 1. Juli ab auch in den Gouvernements- und Lazarettapotheken der Schutzgebiete Afrikas und der Südsee in Anwendung zu bringen sei, und daß die Kaiserlichen Gouverneure ermächtigt seien, von den Bestimmungen des DAB Abweichungen zu gestatten, die den besonderen Verhältnissen in den Schutzgebieten Rechnung trügen."

Kapitel 2 stellte für damalige Verhältnisse eine recht umfangreiche Apothekenbetriebsordnung dar und war wiederum in vier Abschnitte, nämlich Einrichtung, Betrieb, Personal und Zweig- und Hausapotheken, gegliedert. Wie kaum anders zu erwarten, lehnte sie sich, den Verhältnissen im Schutzgebiet entsprechend, an die Preußische Apothekenbetriebsordnung an²⁹⁾. Es wurden aber keine Stoßkammer und kein Raum für kühl bzw. trocken aufzubewahrende Arzneimittel, sondern ganz allgemein Räume nur zur Aufbewahrung der vorrätigen Arzneimittel gefordert. Die §§ 3 bis 15 gaben detaillierte Anweisungen über die Ausstattung der Offizin und die Unterbringung der Arzneimittel, gegliedert nach Tabula A. B. C., wobei bei Tabula C über die in der Preußischen Apothekenbetriebsordnung für die Rezeptur zugelassenen Zubereitungen Morphin und dessen Salze, Tabletten und Injektionen in Ampullen hinzukamen. Nach § 13 durften Tabletten aller Art vorhanden sein, "jedoch sind alle Tabletten, welche Arzneistoffe der Tabelle B oder C des Arzneibuches enthalten, nach Art und Gehalt unter Verwendung eines Kautschukstempels oder in sonst geeigneter Weise einzeln deutlich und leserlich zu bezeichnen." Davon ausgenommen blieben Tabletten in Originalpackungen. Die Paragraphen 16 und 17 enthielten Vorschriften über die

28) Dtsch. Kol. Bl. (1911), 424.

29) Pharmaz Ztg. 72 (1911), 720.

Räume zur Aufbewahrung der vorrätigen Arzneimittel, während die Paragraphen 18 bis 22 die Einrichtung und Ausstattung des Laboratoriums regelten. Der Artikel 6 mit seinen neun Paragraphen über den Betrieb der Apotheke gab eine Liste aller 168 Mittel, die vorhanden sein mußten. Nach § 5 dieses Artikels waren Gebrauchsanweisungen auch in fremden Sprachen zulässig. Jedoch selbst unter den Bedingungen des Schutzgebietes war ein "quid pro quo" nicht erlaubt. Nach Artikel 7, Personal, kannten die Ausführungsbestimmungen nur Gehilfen, d.h. approbierte Apotheker, dagegen keine Praktikanten, woraus zu entnehmen ist, daß zu diesem Zeitpunkt noch nicht mit der Ausbildung bis zum Vorexamen gerechnet wurde. Zweig- und Hausapotheken konnten nach Artikel 8 betrieben werden. In dem Falle, daß der Leiter der Zweigapotheke seine Medikamente direkt aus Deutschland bezog und nicht über die Mutterapotheke, war er persönlich für ihre Beschaffenheit verantwortlich. § 4 dieses Artikels enthielt die verhältnismäßig umständlichen Bestimmungen zur Führung einer Hausapotheke.³⁰⁾ Besonders³¹⁾ wurde Artikel 9, Kapitel 3, mit den Bestimmungen über die amtliche Besichtigung von Apotheken begrüßt, da hiernach die Revisionen durch den zuständigen Regierungsapotheker ausgeführt wurden und nicht durch einen Medizinalbeamten, der nur auf Anordnung des Gouverneurs eine allgemeine Musterung der Apotheken hinsichtlich der Ordnung und Sauberkeit abhalten konnte. Damit war ein Ziel der deutschen Apotheker unter wesentlich schwereren Bedingungen verwirklicht. Es gab wohl an jedem Ort, an dem sich eine Apotheke befand, eine Sanitätsstation mit einem Arzt, aber nur einen Regierungsapotheker in Dar-es-Salaam. Es folgten in Artikel 10 Durchführungsbestimmungen für die Besichtigung, die ziemlich genau den preußischen Bestimmungen entsprachen, wobei allerdings auch hier wie in § 4 wieder daraufhingewiesen wurde, "daß in jedem Falle den besonderen Verhältnissen entsprechend Rechnung zu tragen ist."

Diesen Ausführungsbestimmungen ist eine Bekanntmachung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken beigegeben. Sie hatte abweichend von der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 eine positive Fassung, indem sie die dem freien Verkehr im Handverkauf überlassenen Mittel einzeln aufführte. Zu diesem kam noch an Orten, an denen sich keine Apotheke oder Sanitätsdienststelle befand,

30) Siehe Teil I, Kap. 4 E.

31) KETTELER (1941), 40.

Chininsulfat, Chininchlorid, Chinintannat, Euchinin - alle in Tablettenform zu 0,5 g von anerkannten deutschen Firmen - Ätztifte, Jodoform, graue Salbe und Thymol. Doch durfte auf alle diese Mittel nur ein Aufschlag von 50 % auf den Preis der Deutschen Arzneitaxe erhoben werden; ihr Verkauf war überdies anzu-melden. Eine Handhabe gegen den unter den Indern und Arabern weitverbreiteten Handel mit sogenannten Patentmedizinen und Geheimmitteln bot § 5 dieser Be-kanntmachung. Diese den Handel mit derartigen Mitteln untersagende Bestimmung, war in Südwestafrika einer der Gründe gewesen, daß das gesamte Gesetzeswerk in diesem Schutzgebiet nicht in Kraft treten konnte.³¹⁾

Nach einer Besprechung in der Pharmazeutischen Zeitung³²⁾ stellte die Verordnung "einen recht interessanten, wenn auch wohl verbesserungsfähigen Versuch im Sinne einer positiven Ordnung der Materie dar. Man wird nach diesem Vorgang in einem Schutzgebiet hoffen dürfen, daß sich nun auch die Regierung des Mutterlandes zu einer grundlegenden Reform der Bestimmungen über den Arzneiverkehr außerhalb der Apotheken entschließen wird."

Es kann abschließend ohne Übertreibung und ohne die Leistungen anderer Nationen zu schmälern, bemerkt werden, daß dieses, das Apothekenwesen und den Arzneimittel-verkehr regelnde Gesetzeswerk nach heutiger Kenntnis wohl das umfassendste und fort-schrittlichste seiner Art in einem Schutzgebiet darstellte.

E.) AUSWIRKUNGEN DER VERORDNUNGEN UND AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN AUF DIE BEVÖLKERUNG UND DEREN REAKTION

Die in Tanga erscheinende Usambara-Post mußte als das Sprachrohr der deutschen Pflanze-r in Ostafrika bezeichnet werden, da sich im Nordteil des Schutzgebietes die meisten Siedler niedergelassen hatten. In dieser Zeitung erschienen dann auch alsbald zwei Ar-tikel "Einige Bemerkungen zu der neuen Apothekerverordnung"³³⁾ und "Inwieweit haben wir Pflanze-r mit den Apotheken zu tun?"³⁴⁾ die sich kritisch mit den Bestimmungen aus-einandersetzten. Vor allem der erste Aufsatz, der sich über mehrere Ausgaben der Usambar Post hinzog, stellte einen überaus ausführlichen Kommentar zu § 7 (siehe Anhang II)

³²⁾ Pharmaz. Ztg. 72 (1911), 721. Apothekenwesen und Arzneiverkehr in Deutsch-Ost-Afrika.

³³⁾ Einige Bemerkungen zu der neuen Apothekerverordnung.
Us. Post, 1 (1911), 1. Januar / Us. Post, 2 (1911), 13. Januar.
Us. Post, 3 (1911), 20. Januar.

³⁴⁾ RANNINGER, Us. Post, 17 (1911), 27. April.

der Apothekenordnung dar. Eingangs wurde festgestellt, daß die Konsequenzen der neuen Verordnung unklar blieben, und sie eigentlich nur den Belangen einer kleinen Gruppe Gewerbetreibender diene, doch die wirtschaftlichen Belange des Nährstandes des Schutzgebietes negiere:

"Die Pflanzungen sind nach § 13 der Arbeiterverordnung verpflichtet, Arzneimittel gratis an ihre Arbeiter abzugeben. Wie soll sich das nun mit der Befugnis des Gouverneurs vertragen, die Erlaubnis zum Betriebe einer Hausapotheke zu gewähren oder zu verweigern, "

bzw. an Bedingungen zu knüpfen? Wer sollte darüber befinden, ob eine Person zur Führung der Hausapotheke geeignet sei? Mußte man also in dem Falle, daß der Gouverneur die vorgeschlagenen Kandidaten ablehnte, sich einen Apotheker aus Deutschland kommen lassen? Konnte die Führung nicht an eine bestimmte Stellung gebunden werden? Mußte bei der Abgabe von Rizinusöl, Bittersalz oder Brustpulver in der Hausapotheke Arbeitsgerät vorhanden sein? Und welche Vorstellungen verband die Verwaltung mit der Maßgabe, daß in jeder Hausapotheke ein D A B 5 vorhanden sein sollte? Diese Fragen deuteten alle darauf hin, daß mit dem Begriff Hausapotheke, für die im § 4 des Artikels 8 der Ausführungsbestimmungen³⁵⁾ auch noch die Arzneitaxe verlangt wurde, nicht das allgemein in Deutschland übliche Vorrätighalten von Medikamenten für den täglichen Gebrauch gemeint sein konnte. Eine Definition des hier erweiterten Begriffes blieb das Gesetzeswerk allerdings schuldig, und somit trug es zu der Verwirrung unter den Pflanzern bei.

Hatten die bisher aufgeworfenen Fragen im wesentlichen nur formale Bedeutung, so gesellte sich den Bestimmungen, daß die Erlaubnis zum Betriebe einer Hausapotheke mit dem Zeitpunkt der Eröffnung einer Voll- oder Zweigapotheke erlöschen sollte, und daß Arzneimittel, die dem freien Verkehr entzogen seien, aus einer Apotheke des Schutzgebietes bezogen werden mußten, eine wirtschaftliche hinzu. Erbittert stellte man die Frage, weshalb diese Sachen nicht wie bisher über Engrosgeschäfte aus Deutschland bezogen werden dürften. Man hätte die Pflanzungen zur Gratisabgabe verpflichtet, und nun würden sie auf die Apothekentaxe festgelegt. Gegenüber der bisherigen Bezugsmöglichkeit ergäbe sich damit eine Verteuerung von ca. 100 %. Auch erschien es

35) Siehe Anlage II: Ausführungsbestimmungen zur Apothekenverordnung.

den Pflanzern unverständlich, warum Chininsulfat in Tablettenform von 0,5 g in jedem Buschdorf feilgehalten werden dürfte, aber nicht außerhalb der Apotheken in Tanga? Aus der Formulierung, daß der Betrieb einer Hausapotheke einer schriftlichen Erlaubnis bedürfe (Apothekenverordnung § 7) und aus dem Text des Artikels 1 der Ausführungsbestimmungen, in dem ebenfalls davon ausgegangen werde, daß eine Hausapotheke betrieben würde, sowie der Forderung nach einer Arzneitaxe leitete man ab, daß der Getzgeber hier "eine in einem sonst zu anderen Zwecken dienenden Hause im Nebengewerbe betriebene Apotheke" als neuen Begriff der Hausapotheke geschaffen hätte.

Die massive Kritik ³⁶⁾ und die teils dilettantischen Ausdeutungsversuche seitens der Pflanzler erreichten es, daß die Usambara-Post ³⁷⁾ im Februar 1912 ermächtigt wurde zu erklären,

"daß im Allgemeinen in die Erklärungen viel mehr hineingelegt worden sei, als was aus ihnen herausgelesen werden sollte. Die große Aufregung sei also unnötig. Von Wichtigkeit sei nur zu wissen, daß bei dem Gesuch um die Verwaltung einer Hausapotheke nicht der betreffende allgemeine Dienstcharakter des für diese Obliegenheit ins Auge gefaßten genüge, sondern, daß es nötig sei, den Betreffenden mit Namen zu nennen Eine Änderung der Persönlichkeit könne dann jedesmal per Postkarte gemeldet und so die Erlaubnis zur Übertragung des Amtes auf den Nachfolger erwirkt werden."

Kommentierend wurde hinzugefügt, es wäre erfreulich,

"daß dem so sei, man möchte aber doch nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, daß die lementaren Erfordernisse der - freilich sehr überflüssigen - Verordnung bald zu erfüllen seien."

Dieser inoffiziellen Erklärung folgte am 9. Juli 1912 eine Verfügung, ³⁸⁾ betreffend Errichtung und Betrieb von Apotheken (Hausapotheken), die dem Paragraphen 4 des Artikels 8 der Ausführungsbestimmungen eine andere Fassung gab. Danach mußte das D A B 5 nur noch vorhanden sein, wenn die Hausapotheke von einem Arzt oder Apotheker geleitet würde. Außerdem sollte die Führung des ursprünglich geforderten

³⁶⁾ Diese äußerte sich in einer Ausgabe der Usambara-Post zum 1. April 1912 auch noch in folgender Verordnung:

Nachdem die Pflanzler der Nordbezirke solch ein widerliches Gegröle wegen der neuen Apothekenordnung angeschlagen haben, gewähre ich ihnen die Freiheit, sich für ihre Pflanzungen einen eingeborenen Mganga anzustellen. Diesem steht das Recht zu, über die Hausapotheke außerhalb des Rahmens der oben genannten Apothekenordnung zu verfügen.

³⁷⁾ Us. Post 7 (1912), 17. Februar.

³⁸⁾ Pharmaz Ztg. 66 (1912), 661.

Belagbuches dann entfallen, wenn nur Arzneimittel vorrätig gehalten würden, die dem freien Verkehr überlassen waren, oder wenn die geführten Arzneimittel, die dem freien Verkehr entzogen wären, aus einer anderen Hausapotheke bezogen würden, in der ein Belagbuch geführt würde. Anschließend folgte eine negative Fassung des Begriffs Hausapotheke, in dem Reisepapotheken und Expeditionspapotheken, die nur zum eigenen Bedarf und zur gelegentlichen Abgabe von Medikamenten dienten, nicht als Hausapotheken angesehen wurden. Dasselbe galt bei Vorräten von Arzneimitteln für den Hausbedarf, den Bedarf auf Pflanzungen und in sonstigen gewerblichen Betrieben, sofern es sich um Mittel handelte, die freigegeben waren, und deren Abgabe unentgeltlich erfolgte.

Die verhältnismäßig strengen Bestimmungen über die Hausapotheken, die gleichermaßen für Ärzte, Tierärzte, Krankenanstalten und Missionen galten, lassen sich nur so erklären, daß man hier der Möglichkeit eines aufkommenden, gewohnheitsmäßigen Dispensierrechtes von vornherein begegnen wollte. Die Pflanzungen mit ihren mehreren hundert Arbeitern stellten danben Plätze dar, von denen leicht ein Arzneimittelmißbrauch ausgehen konnte. Außerdem dürfte das Kaiserliche Gouvernement durchaus die Gefahr erkannt haben, daß manche Pflanzler bei der Arzneimittelversorgung ihrer afrikanischen Arbeiter nicht nur ethische Gesichtspunkte walten lassen könnten. Sicherlich war der eine oder andere geneigt, minderwertige Drogen und Chemikalien zur Verteilung zu bringen. So dienten diese Bestimmungen nicht nur dem Schutze der Apotheken, sondern auch dem Schutze des Afrikaners.

F.) DIE AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN IN ANDEREN DEUTSCHEN SCHUTZGEBIETEN

Da die Apothekenverordnung vom 12. Januar 1911 nicht für Deutsch-Südwestafrika und Kiautschau galt, gab es für diese Schutzgebiete auch keine Ausführungsbestimmungen. Hier basierte das Apothekenwesen weiterhin auf den schon kurz nach der Jahrhundertwende veröffentlichten Verordnungen.³⁹⁾ Anders sah es hingegen in Kamerun, Togo,

³⁹⁾ 1.) Deutsch-Südwestafrika: Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln im Deutsch-Südwestafrikanischen Schutzgebiet vom 1. Januar 1901, und Mitteilung des Gouverneurs vom 11. 2. 1909 von Deutsch-Südwestafrika über die Grundsätze, nach denen die Erlaubnis zur Errichtung neuer Apotheken erteilt wird.

2.) Kiautschau: Verordnung des Gouverneurs betreffend das Apothekenwesen und den Verkehr mit Arzneimitteln vom 15. November 1900 nebst Abänderungen vom 2. Juli 1901.

Samoa und Deutsch-Neuguinea (Marianen, Marshall-Inseln, Palau-Inseln, Karolinen, Bismarckarchipel und Kaiser-Wilhelm-Land) aus. In diesen Schutzgebieten gab es insgesamt drei Apotheken, in Duala (Kamerun), Apia (Samoa) und Rabaul (Bismarckarchipel). Bei dieser spärlichen Besetzung ist es nicht zu verwundern, daß sich das jeweilige Kaiserliche Gouvernement mit dem Erlaß von Ausführungsbestimmungen Zeit ließ, bzw. diese verhältnismäßig kurz faßte. Den Anfang machte Deutsch-Neuguinea mit dem Ausführungserlaß vom 28. April 1911⁴⁰⁾. Wichtig war § 1,

"nach dem bis zur Errichtung einer staatlich konzessionierten Apotheke die amtlichen Apotheken in Rabaul, Herbertshöhe, Kaewing, Jaluit, Ponape, Jap, Saipau sowie die Apotheke der Neuguineakompagnie in Friedrich-Wilhelmshafen, solange sie unter Aufsicht eines Regierungsarztes stände, als Apotheken im Sinne des letzten Absatzes des Paragraphen 7 der Verordnung zu gelten hätten."

Es wurde hier ebenfalls die deutsche Arzneitaxe eingeführt, doch wurde nur ein Aufschlag von 25 % und bei Abgabe an Eingeborenenkliniken von 10 % gestattet. Ferner war von Bedeutung, daß nach § 6 "die Bestimmungen betreffend den Verkehr mit Geheimmitteln und ähnlichen Arzneimitteln bis auf weiteres keine Anwendung fänden."

In Kamerun ließ der Gouverneur am 25. Juli 1911 seine Bekanntmachung⁴¹⁾ betreffs die Genehmigung von Hausapotheken veröffentlichen. Dadurch wurde allen Betrieben, welche gemäß der Arbeiterverordnung verpflichtet waren, eine Apotheke zu halten, der Basler-Mission und der Baptistenmission, eine Hausapotheke genehmigt. Am 13. Juli 1911 war schon eine Verfügung⁴²⁾ des Gouverneurs, betreffend die Abgabe von Krankenbedürfnissen (Arznei, Verband- und Hilfsmitteln zur Krankenpflege) aus amtlichen Beständen, erlassen worden. Diese sollte eine geordnete Versorgung des Schutzgebietes mit Medikamenten auch an Orten ohne Arzt gewährleisten. Absatz 2 schützte die Apotheken insofern, als die Abgabe von Medikamenten aus Regierungsbeständen an Orten mit Apotheken nur noch an Angehörige des Gouvernements zulässig

40) 1.) Schutzgebiete der Südsee: Pharmaz Ztg. 67 (1911), 672

2.) Dtsch. Kol. Bl. (1911), 924 f.: Ausführungsbestimmungen des Gouverneurs von Deutsch-Guinea zu der Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika vom 12. Januar 1911.

41) Bekanntmachung des Gouverneurs von Kamerun betreffend die Genehmigung von Hausapotheken: Dtsch. Kol. Bl. (1911), 923.

42) 1.) Dtsch. Kol. Bl. (1911), 926 f.

2.) Pharmaz Ztg. 26 (1911), 836.

war. Eine sinnvolle Änderung wurde in den Bestimmungen über die Arzneitaxe, die grundsätzlich ebenfalls einen Aufschlag von 100 % und bei den zum Verkauf außerhalb der Apotheke zugelassenen Mittel 50 % zuließ, dahingehend eingeführt, als daß bei letzteren auf den Innenstationen die durch den Transport entstandenen Unkosten vor dem Aufschlag hinzugerechnet werden durften. Außerdem sollten sämtliche Dienststellen alljährlich ein Exemplar der deutschen Arzneitaxe sowie ein Preisverzeichnis der anderen nicht nach der Arzneitaxe zu verkaufenden Gegenständen erhalten. Am 4. September 1912 erschien eine Abänderung ⁴³⁾ obengenannter Verfügung, die eigentlich eine Ergänzung darstellte, da sie zusätzlich die Abgabe von Chinin regelte. Vollständige Ausführungsbestimmungen ⁴⁴⁾ für Kamerun traten erst am 1. Juli 1914 in Kraft, kamen aber wegen des kurz danach ausbrechenden Krieges nicht mehr zur Anwendung. Sie lehnten sich im wesentlichen an diejenigen Deutsch-Ostafrikas an, enthielten aber fast nur Bestimmungen über die Hausapotheken, wobei einige Fehler, wie sie in Deutsch-Ostafrika gemacht worden waren, vermieden wurden. Eine Apothekenbetriebsordnung war darin nicht enthalten.

Auch in Togo kümmerte man sich in erster Linie mit der "Bekanntmachung" ⁴⁵⁾ des Gouverneurs, betreffend den Betrieb von Hausapotheken und den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken vom 14. Juni 1912", um die Hausapotheken. Allerdings wurde hier nur der Weiterbetrieb bereits bestehender Hausapotheken gestattet. Es folgte am 10. Oktober 1912 die Verordnung des Gouverneurs, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken. ⁴⁶⁾ Hierdurch kamen gemäß einer Anlage Apothekerwaren in freien Verkehr, weiterhin wurde der Verkauf von Chinin geregelt und der von Patentmedizinen verboten. Als Grundlage der Preisberechnung diente die Deutsche Arzneitaxe mit einem allgemein zulässigen Aufschlag von 50 %. Der überwiegende Teil dieser an sich kurzen Verordnung befaßte sich mit der sachgerechten Aufbewahrung und Behandlung der Arzneimittel. Vor den anderen Schutzgebieten zeichnete sich Togo durch eine außerordentlich umfangreiche Geschäftsordnung ⁴⁷⁾ des Gouverneurs für die

43) Bekanntmachung des Gouverneurs von Kamerun zur Ausführung der Apothekenverordnung vom 12. Jan. 1911. Dtsch. Kol. Bl. (1913), 469.

44) KETTELER (1941), 71.

45) Dtsch. Apoth. Ztg. 61 (1912), 577.

46) Dtsch. Apoth. Ztg. 94 (1912), 913.: Verordnung des Gouverneurs von Togo, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken.

47) Dtsch. Kol. Bl. (1914), 746 - 751.: Geschäftsordnung des Gouverneurs von Togo für die Regierungsärzte, Regierungs-Krankenhäuser, - Polikliniken und-Apotheken.

Regierungsärzte, Regierungskrankenhäuser, - Polikliniken und -Apotheken vom 31. März 1912 aus. Gemeint sind hier im wesentlichen Apotheken unter Aufsicht eines Arztes, es bestand nur eine Regierungsapotheke unter Leitung des Stabsapothekers Leuze in Lome.

Obwohl es auf Samoa nur eine einzige Apotheke gab, waren die Ausführungsbestimmungen⁴⁸⁾ des Gouverneurs von Samoa vom 29. Dezember 1913 nach den Ausführungsbestimmungen für Deutsch-Ostafrika diejenigen, die die ausführlichsten Kapitel über die Hausapotheken, Berechnung der Arzneipreise - hier wurde ein Aufschlag von 150 % , bei spiritushaltigen Präparaten von 200 % und bei Abgabe an Eingeborenen-Polikliniken von 75 % zugelassen-, Abgabe stark wirkender Arzneimittel und eine detaillierte Apothekenbetriebsordnung enthielten. Hinzu kam eine unter dem gleichen Datum erlassene Bekanntmachung,⁴⁹⁾ betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken. Auch diese Verordnungen waren keine Eigenschöpfung, sondern fußten auf den ostafrikanischen Bestimmungen, womit dieses Schutzgebiet sich als Schrittmacher deutscher pharmazeutischer Gesetzgebung auf fremden Boden erwies. Doch blieb von diesen fast vorbildlichen Ansätzen - vom Standpunkte des Apothekers aus gesehen - nichts erhalten. Keine der nachfolgenden Schutzmächte nahm die Verordnungen auch nur als Anregung.

48) Samoanisches Gouvernementsblatt 2 (1914), 11 - 27.:

Ausführungsbestimmungen des Gouverneurs von Samoa zur Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika, vom 12. Jan. 1911. Vom 29. Dezember 1913.

49) Samoanisches Gouvernementsblatt 2 (1914), 28 f.: Bekanntmachung des Gouverneurs von Samoa, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken. Vom Dezember 1913.

5. Kapitel

ERRICHTUNG WEITERER ZIVILAPOTHEKEN

A.) INITIATIVE DER ELEFANTENAPOTHEKE IN TANGA

Das Jahr 1910 ist für das Apothekenwesen Deutsch-Ostafrikas von besonderer Bedeutung, da zu dieser Zeit die meisten Apothekengründungen vorgenommen wurden. Es war zugleich der Versuch, - ein demnach wohl einzigartiger Vorgang in Afrika - auch hinsichtlich der Arzneiversorgung in das noch weithin unerschlossene Innere des Landes vorzudringen. An einigen Plätzen, an denen es bei Ausbruch des 1. Weltkrieges Apotheken gegeben hatte, befanden sich 1966 noch keine wieder. Zwei Gründe mögen vorausschauende oder optimistische Apotheker veranlaßt haben, diesen Schritt ins Ungewisse zu wagen: Einmal mag dies die Kenntnis von der im Voraus angekündigten, eigenen pharmazeutischen Gesetzgebung ¹⁾, zum anderen die durch den Eisenbahnbau weiter vorangetriebene verkehrsmäßige Erschließung, wodurch neue Gebiete zur Besiedlung kamen und ein geregelter Nachschub ohne Verluste ermöglicht wurde, gewesen sein. Die Niederlassungsorte waren demzufolge mit einer Ausnahme dann auch die vorgesehenen Endpunkte der Bahnlinien.

Die Ausnahme bildete die Löwenapotheke in Lindi, einem Hafenort am Indischen Ozean im Süden des Schutzgebietes mit ca. 6.000 ²⁾ Einwohnern im Jahre 1912. In dem zu Lindi gehörigen Bezirk wohnten zwar 395.500 Afrikaner, die jedoch als Kunden der Apotheken so gut wie gar nicht in Frage kamen. 729 Inder und Araber und nur 151 Europäer, von denen noch etliche Angehörige des Gouvernements (Post, Zoll- und Bezirksamt) und der Schutztruppe waren, also damit freie Arzneimittelversorgung beanspruchen konnten, stellten das arzneibedürftige Publikum dar. "Trotz Abratens seitens des Gouvernements, das die Existenz einer Apotheke nicht für gesichert ansah, wurde von dem Apotheker Schlamp daselbst eine Apotheke, natürlich mit Nebengeschäften, gegründet." ³⁾ Die Eröffnung des neuen Geschäftshauses nach dem Muster Tangas fand am 1. Juli 1910 statt. Als Initiator dieser Gründung aber muß der Apotheker W. Müller betrachtet werden, der sich viereinhalb Monate im Süden des Schutzgebietes aufgehalten hatte, ⁴⁾ um die nötigen Vorbereitungen zu treffen. Die gesamte Einrichtung der neuen Firma Schlamp & Co. hatte Müller von

1) Med. BSG (1909/10), 13.:
Zur Organisation des Sanitätswesens.
2) SCHNEE (1920), II, 457.

3) KETTELER (1941), 24.
4) DOA Ztg. 68 (1910), 27. August.

Europa mitgebracht. Damit bildete diese Apotheke im Süden eine Neuheit; denn bis zu diesem Augenblick existierte dort noch nicht einmal irgendein einheitlich eingerichtetes Geschäft.⁵⁾ Man wußte zu berichten, daß vor dem auf einem Steinsockel ruhenden Löwen, dem Emblem der neuen Apotheke, stets viele Eingeborene lagerten, die sich die neue große Duka⁶⁾ mit Staunen betrachteten. Die Löwenapotheke stand weiterhin in enger Fühlung mit der Elefantenapotheke in Tanga⁷⁾ und entwickelte sich durchaus zu einem profitablen Unternehmen in dem zeitweise sogar zwei Apotheker arbeiteten. Vom 6. Juni 1913 bis zum Ersten Weltkrieg wurde sie von dem Apotheker Dörrfel verwaltet.⁸⁾ In Lindi befand sich nach dem Weltkrieg bis 1966 keine Apotheke mehr, obwohl der Ort einen weiteren Aufschwung genommen hatte. Das Gebäude der Löwenapotheke beherbergte 1966 eine Agentur der Firma Smith & Mackenzie, die als registrierte Großhandelsfirma auch Arzneimittel firmen vertrat.

Unmittelbar nach seiner Rückkunft von Lindi begab sich W. Müller anfang September 1910 weiter nach Arusha,⁴⁾ um dort die Nashornapotheke zu eröffnen, für die er im April des Jahres vom Gouvernement die Genehmigung als Zweigapotheke erhalten hatte.⁹⁾ Arusha war 1900 aus der Gründung eines Militärpostens hervorgegangen. In dem 1913 von Moshi abgetrennten Bezirk lebten damals 84.200 Afrikaner, 222 Inder und 500 (1. Januar 1913) Europäer, von denen 207 weiblich und insgesamt 180 unter 15 Jahren alt waren. Somit bestanden hier bezüglich der europäischen Bevölkerung die günstigsten Verhältnisse im Schutzgebiet, eine Folge der überaus guten Ansiedlungsmöglichkeiten (95 selbständige Ansiedler) in dieser 1.400 m hochgelegenen Region am Fuße des Berges Meru.¹⁰⁾ Da der Ort 1910 noch keinen Bahnanschluß hatte (dieser wurde erst unter den Engländern hergestellt) gestaltete sich der Transport für die Apothekeneinrichtung etwas schwieriger. Ein Brief an die Pharmazeutische Zeitung schilderte dies recht anschaulich:¹¹⁾

5) U.s. Post, 32 (1910), 13. August.: Lindi Geschäftseröffnung

6) Kisuaheli: Laden, Geschäft

7) Pharmaz Ztg. 58 (1910), 769

8) Persönliche Mitteilung von Apotheker A. Dörrfel, mit dem ich mehrere Male in Tansania zusammentraf.

9) DOARSch. 31 (1910), 20. April.

10) SCHNEE (1920), I, 84.

11) Pharmaz Ztg. 25 (1911), 251.



Nashorn-Apotheke in Aruscha.

Abb. 20 Nashorn-Apotheke (um 1911)

W. Müller & Co., Tanga.

Apotheke
 Droge, Chemikalien,
 Verbandstoffe,
 Chirurgische Artikel,
 ———
 Spezialitäten:
 komprimierte Arznei-
 mittel,
 ———
 Zusammenstellung von
 Haus- u. Reise-
 Apotheken.

Warenhaus
 Complete Rele-
 vorrichtungen
 für Reisen ins innere
 Zeite u. Zeitbedarf,
 Truppenkoffer,
 Feldküchen, Feldha-
 schen, Jagdwaffen u.
 Patronen, Sattel u.
 Reitzuge.

**Neue Warenankünfte
 per „Erna Woermann“**

Blaue Sportmützen, Taschenmesser, Schminkeflügel, Taschenuhren, chirurg. Bestecke,
 Peilkompass, Fahrradschläuche, Schutzbrillen, Wasser closets, Waschbretter, Kaffee-
 mühlen, Senkung-Herde, Fahrräder, Aexte, Bügelisen, Eichen- und Weichsel-Spazier-
 stücke, Rollbandmasse, Drahtgeflecht, Gartenbenknoten, Eisenblech, denat. Spiritus,
 engl. Shagpfeifen BBB, Parfüms, Sportuspensoren, Somatose, Sanatogen,
 Wachstuch weiss und schwarz, süsse Mandeln, Chocolate Sarotti, Citronat,
 Cigaretten Apis, Cigarren, Javol-Haarwasser, Habys Barbinden, Chiorcalcium,
 Zapfthürsten, Zapfmeier, Essigsäure, Toiletenseifen

Commission **Nashorn-Apotheke, Aruscha,** Spedition

Apotheke

Warenhaus

Verbandstoffe, compr. Arzneimittel, Farben u. Lacke,
 Artikel für Krankenpflege.

Getränke, Cigarren, Tabak, Papier- u. Schreibutensilien.
 Photo-Artikel, Haushaltungsartikel.

Eisenwaren. Werkzeuge Lederwaren. Galanteriewaren. Patronen.

Abb. 21 Anzeigen in der Usambara-Post (1911/12)

"Die ganze Holz- und Glaseinrichtung wurde aus Deutschland bezogen. Von Tanga aus ging sie mit der Usambarabahn ca. 280 km, dann nochmals ca. 200 km über Land auf Ochsenwagen - vor jedem Ochsenwagen sind ca. 24 Ochsen. Fahrer sind die Buren, die um Arusha angesiedelt sind. Die Burenwagen sind 2 - 3 Wochen unterwegs und durchfahren viele Flüsse, wobei häufig der ganze Wagen abgeladen werden muß. Vor der Apotheke steht ein Nashorn auf hohem Postament, wonach die Apotheke bei allen Eingeborenen im Norden der Kolonie den Namen "nyumba Kifarū" (Nashorn-Haus) bekommen hat."

Verwalter dieser Apotheke wurde der Apotheker Schmidtgen, der im Anfang ohne europäische Hilfskraft nur mit drei schwarzen Boys das Geschäft führte. Die Nashorn-Apotheke war die erste im Innern Ostafrikas. P. Schmidtgen blieb Verwalter bis zum 1. Weltkrieg. ¹²⁾ ¹³⁾

Eine dritte Apotheke, ebenfalls eine Filiale, wollte W. Müller in Moshi am Fuße des Kilimandscharo errichten, doch wurde die Genehmigung bis 1914 nicht mehr erteilt. ¹⁴⁾

B.) KONZESSIONEN ANDERER APOTHEKER

Die zwar nicht an Bedeutung aber doch an Einwohnern größte Stadt im Schutzgebiet war Tabora im Innern des Landes, zwei Drittel des Gesamtweges der Zentralbahn von Dar-es-Salaam entfernt. Diese Stadt war 1820 von Sansibar-Arabern als Stützpunkt ihres Sklavenhandels gegründet worden, und 1871 durch Mirambo, einen Häuptling der Wanyamwesi zerstört worden. 1890 hißte man hier zwar die deutsche Flagge, doch konnte erst drei Jahre später die deutsche Herrschaft als endgültig gesichert angesehen werden. 1913 zählte Tabora ca. 30.000 Einwohner mit 26 deutschen Firmen, vier Gasthäusern und neun indischen Unternehmen. Der Bezirk Tabora hatte ca. 437.500 Einwohner, von denen 496 Inder, 214 Araber und 336 Europäer waren, die sich zum überwiegenden Teil

¹²⁾ Persönliche Mitteilung von Apotheker Hochstetter, Tübingen, Bahnhofsapotheke.

¹³⁾ Aus Arusha läßt sich noch eine Begebenheit berichten, die beleuchtet, daß auch in den Schutzgebieten die Verhältnisse in Bezug auf Arzt, Patient und Apotheke nicht viel anders lagen als in Deutschland. So erschien auf Grund der Tatsache, daß man sich beklagt hatte, die Ärzte nähmen ihre Pflichten nicht voll wahr - ein Arzt war nicht rechtzeitig erschienen -, eine Richtigstellung in der Kilimandscharo- und Meru-Zeitung (Tanga, (1913), 4, 22. Januar.): "Richtig ist, daß die betreffende Familie einen Zettel an den in Arusha wohnenden Apotheker sandte und diesen um Medikamente bat. Dieser Zettel enthielt etwa folgenden Schlußsatz: Sag doch dem Doktor, er soll mal herauskommen, das Kind hat Inflammatio. Er soll aber bald kommen." Der Apotheker schickte diese Mitteilung abends durch einen Boy an den Arzt, der sofort antwortete, daß er am nächsten Morgen früh kommen werde. Der Arzt konnte nicht auf die Dringlichkeit schließen. Außerdem war er bei dieser Familie schon wiederholt umsonst gewesen.

¹⁴⁾ Pharmaz. Ztg. 30 (1911), 302.: Die Apotheken in den deutschen Schutzgebieten.

im Bahnbau betätigten.¹⁵⁾ Für diese Stadt erhielt der Apotheker K.F. Hatzig aus Homburg v.d.H. Mitte 1910 die Erlaubnis zum Betriebe einer Apotheke.¹⁶⁾ Hatzig war mit den Verhältnissen im Schutzgebiet wohl vertraut, da er selbst mehrere Jahre in der Elefanten-Apotheke in Tanga tätig gewesen war.¹⁷⁾ Zwar bestanden seitens des Gouvernements ähnliche Bedenken wie bei der Eröffnung der Apotheke in Lindi, doch konnte Hatzig diese mit dem Hinweis auf das ausgeprägte Arznei-bedarfnis der Afrikaner, Inder und Araber zerstreuen.¹⁸⁾ Die Apotheke wurde als Tabora-Magazin, Apotheke und Warenhaus, eröffnet, und warb schon bald mit Anzeigen in der Deutsch-ostafrikanischen Zeitung. Daß auch diese Apotheke flo-rierte, geht allein aus der Tatsache hervor, daß Hatzig schon Ende des folgenden Jahres (1911) die Genehmigung zur Errichtung und zum Betriebe einer Zweig-apotheke in Udjidji, über 1.000 km von der Küste entfernt, erteilt wurde.¹⁹⁾ Diese Stadt am Tanganyikasee war bald nach 1821 ebenfalls von Sansibar-Arabern als Endpunkt der Sklavenroute gegründet worden. Sie zählte²⁰⁾ 1911 ca. 25.000 Einwohner, und hatte 9 arabische, 7 indische und 2 europäische Firmen, galt aber trotz dieser verhältnismäßig dichten Besiedlung als recht ungesund. Im Bezirk Udjidji lebten 1913 ca. 240.000 Afrikaner, 162 Araber, 118 Inder und 172 Euro-päer, unter denen sich nur 4 selbständige Siedler befanden. Vor einem derartigen Hintergrunde kann der Unternehmerrmut dieses Apothekers nur bewundert werden. Zu betonen ist immer wieder, daß die Rentabilität dieser vorgeschobenen Posten europäischen Apothekenwesens ein direkter Ausfluß der mustergültigen Gesetzgebung war. In beiden Orten hat es nie wieder eine Apotheke gegeben. Die Zweigapotheke in Udjidji wurde nach Aussage des Apothekers Dörffel wahrscheinlich von Carl Held geleitet.

Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob Mwanza während der deutschen Herr-schaft eine Apotheke hatte. In einer Mitteilung der Deutsch-Ostafrikanischen Rund-

15) SCHNEE (1920), III, 451.

16) DOA Ztg. 69 (1910), 31. August.

17) Pharmaz Ztg. 30 (1911), 301.: Die Apotheken in den deutschen Schutzgebieten.

18) KETTELER (1941), 24.

19) Dtsch. Apoth. Ztg. 95 (1911), 992.

20) SCHNEE (19120), III, 563.

schau ²¹⁾ wird behauptet, daß Mwanza eine Apotheke erhalten solle, da für deren Errichtung die Konzession erteilt worden wäre. Ferner teilte die Apotheker-Zeitung ²²⁾ mit, daß dem Apotheker Emil Bethmann, dem ehemaligen Regierungsapotheker, eine Erlaubnis für Mwanza erteilt worden wäre. Die Stadt am Viktoria-see, die bis 1911 im Außenhandel nur von Tanga und Dar-es-Salaam übertroffen wurde, bot keine schlechten Voraussetzungen ²³⁾ für die Eröffnung einer Apotheke. 1913 hatte sie eine Gesamtbevölkerung von 6.000 Einwohnern, unter ihnen 85 Eruopäer, 15 Goanesen, 300 Inder und 70 Araber. Das Wirtschaftsleben spiegelte sich in 12 (davon 4 großen) eruopäischen, 50 indischen und 20 arabischen Firmen wi der. Außer- dem konnte Mwanza verhältnismäßig gut erreicht werden. ²⁴⁾ Man fuhr von Tanga mit dem Schiff nach Mombasa, von dort mit der Bahn nach Kisumu in Kenya und wiederum auf dem Seewege weiter nach Mwanza. Mit der Weiterführend der Zentralbahn von Tabora an den Viktoriasee hoffte man, eventuell ein Siedlungsgebiet von 40.000 km² zu erschließen, in dem sich ca. 10.000 weiße Pflanzer hätten niederlassen können. Kettler bestreitet, ²⁵⁾ daß von der im Jahre 1911 erteilten Konzession Gebrauch gemacht worden ist, während der deutsche Pharmazeutische Kalender ²⁶⁾ 1914 die Apotheke in Mwanza als existierend aufführt. Den von mir befragten Apothekern Dörffel und Hochstetter war allerdings von dem Vorhandensein einer Apotheke in Mwanza nichts bekannt. ²⁷⁾

In allen Apotheken verlief der Betrieb ähnlich wie in Dar-es-Salaam und Tanga. Auch das Warenlager war nach gleichen Grundsätzen und Notwendigkeiten ausgerichtet. Wenn auch der Anfang in der ungewohnten Umgebung nicht immer leicht gewesen sein mag, so sond doch keine Klagen laut geworden, die offenbart hätten, daß es wirtschaftliche Nöte gab. Das dürfte teils darauf zurückzuführen sein, daß sich ebenfalls bei den Afrikanern der Wunsch nach europäischen Medikamenten regte, wie es vor allem aus dem Lindi-Bezirk berichtet wurde. ²⁸⁾ So war die Errichtung von Apotheken nicht nur angesichts der stetig wachsenden europäischen Bevölkerung als ein echter Fort-

21) DOAR Sch. 100 (1910), 17. Dezember: Tabora.

22) Dtsch. Apoth. Ztg. 17 (1911), 163.

23) SCHNEE (1920), II, 596.

24) CLYDE (1962), 28.

25) KETTELER (1941), 25.

26) Pharmaz Ztg. 93 (1914), 865.

27) Persönliche Mitteilungen dieser Apotheker, die beide vor dem Weltkrieg in Deutsch-Ostafrika tätig waren.

28) DOA Ztg. 68 (1910), 27. August. Auch Dörffel berichtet von diesem Interesse.

schritt zu betrachten. Trotz der negativen Beurteilung der Apothekerverordnung schätzte man seitens der europäischen Bevölkerung die Ausdehnung dieses Berufsstandes, da die Abhängigkeit von der Medikamentenversorgung durch die Regierung mehr und mehr als unangenehm empfunden wurde, zumal diese mit ihren beschränkten Vorräten nicht immer in der Lage war, allen Ansprüchen zu genügen.

Wenn auch die Rentabilität der Apotheken weiterhin durch die ihnen angeschlossenen Warenhäuser gewährleistet wurde, so trug dennoch der gesteigerte Arzneimittelbedarf des Schutzgebietes nicht unwesentlich dazu bei, daß sich die Apotheken vermehrten. Die Gesamteinfuhr an Apothekerwaren belief sich 1904 nur auf 67.543 M,²⁹⁾ aber schon für das zweite Viertel 1913³⁰⁾ war diese Zahl auf Waren im Werte von 341.409 M heraufgeschneilt, was etwa dem Zwanzigfachen des früheren Wertes gleichkommt.

29) Dtsch. Kol. Bl. (1905), 21.

30) Dtsch. Kol. Bl. (1914), 9.

6. Kapitel

ANREGUNGEN UND MÖGLICHKEITEN ZUM ARZNEIPFLANZENANBAU IN DEUTSCH-OSTAFRIKA

Bei den deutschen Versuchen, Arzneipflanzen zu kultivieren - über dieses Stadium kam der Anbau nur in wenigen Fällen hinaus, da die spätere Mandatsmacht England den Drogenexport aus ihren eigentlichen Kolonien nicht gefährden wollte-, trafen sich zwei Wünsche.

Der erste, der sich wirtschaftlich kaum auswirkte, war, daß man den allzu hoch empfundenen Preisen der Apotheken, die zudem meist weit entfernt von den Pflanzungen lagen, entgehen wollte und so den Anbau europäischer Heilpflanzen vorschlug.¹⁾

Man stellte es sich in einer Form ähnlich den frühen Klöstern vor, indem man Apothekergärtchen anlegte, um in ihnen allerlei Hausmittel anzupflanzen. Der Grund jedoch, der in Wahrheit die hohen Preise in der Apotheke bedingte, war, daß die gebräuchlichen Arzneipflanzen aus Europa bezogen werden mußten. Obwohl sie über Trocknungsmitteln aufbewahrt wurden, verdarben sie im Tropenklima dennoch unverhältnismäßig schnell. Ein damals häufig empfohlenes Werk²⁾ schlug demnach anbaufähige Heilpflanzen wie *Eucalyptus globulus*, *Foeniculum vulgare*, *Rosa canina*, *Rubus idaeus*, *Matricaria chamomilla*, *Taraxacum officinale*, *Citrus limonum* und *Mentha piperita* vor. Der Anbau derartiger Pflanzen wurde ferner mit der zweifelhaften Begründung¹⁾ empfohlen, daß man sie zur Behandlung der afrikanischen Arbeiter auf den großen Plantagen gebrauchen könne; "denn bei der laienhaften Diagnose durch die Pflanzler und den dürftigen Angaben der Afrikaner über ihre Leiden würden die schönsten und teuersten Medizinen oft am unrechten Fleck verausgabt."

Zweitens hoffte man, Anbauprodukte zu finden, mit denen sich in Deutschland oder auf dem Weltmarkt ein Profit erzielen ließe. In dem damaligen, noch schwer um seine Existenz ringenden Schutzgebiet³⁾, dessen Einfuhren weit über den Ausfuhren lagen, und das deswegen vom Deutschen Reich beträchtliche Zuschüsse erhielt, griff man jede sich bietende Erwerbsquelle, die auch nur die leiseste Hoffnung auf Erfolg versprach, auf.

1) *Us. Post*, 11 (1909), 27. März.: Der Apothekergarten des Ansiedlers

2) Dr. HEY: *Der Tropenarzt*. Offenbach a.M. (1906).

3) Es wird gerade in den Entwicklungsländern immer wieder die Ansicht vertreten, daß die ehemaligen Kolonien nur ein Ausbeutungsobjekt dargestellt hätten. Von deutscher Seite kann dem entgegnet werden, daß allein Togo unter der deutschen Schutzherrschaft einen Gewinn einbrachte, während alle anderen Schutzgebiete hohe Zuschüsse erforderten.

Der Förderung derartiger Bestrebungen dienten Kulturstationen wie Kwai⁴⁾ in Westusambara, an der der Chemiker Lommel arbeitete. Diese bot schon um 1900 Samen von *Atropa belladonna*, *Gossypium arboreum*, *Sambucus niger*, mehreren *Eucalyptus*-arten und anderen Pflanzen an, die kostenlos abgegeben wurden. Einge größere Bedeutung hingegen erlangte eine wissenschaftliche Versuchsstation,⁵⁾ die 1902 unter dem Namen "Biologisch-Landwirtschaftliches Institut zu Amani" in Ostusambara gegründet wurde. Dieser Einrichtung waren mehrere Aufgaben gestellt: Praktische Unterstützung der im Lande bestehenden Pflanzungen und Beratung von Neuankömmlingen, Lösung vom Gouvernement gestellter Aufgaben insbesondere zur Hebung von Eingeborenen-Kulturen und Anregung und Anleitung zur Einführung neuer nutzbringender Kulturen und Anbaumethoden. Darunter fiel auch die Untersuchung von Rohstoffen und Produkten des Tier- und Pflanzenreiches, die für die Ausfuhr und den menschlichen Konsum oder als Medikamente in Frage kamen. Ein botanischer Garten wurde dem Institut angeschlossen und dem Direktor Fachleute für Chemie, Zoologie und Botanik beigegeben.

"Es wurden in Amani durch kostenlose Unterrichtskurse, verbunden mit Vorträgen und Demonstrationen, bei denen auch die Medizinalpflanzen Berücksichtigung fanden, Pflanzern und Beamten die Möglichkeit geboten, in den für die Praxis wichtigen Fragen Belehrung zu finden und Meinungen auszutauschen," so schrieb Adlung 1912⁶⁾ und fuhr fort, "daß durch Samen- und Stecklingsabgabe erreicht würde, daß auch dem Anbau von Heilpflanzen in den deutschen Schutzgebieten, insbesondere in Deutsch-Ostafrika, von den Pflanzern eine erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet würde."

Wenn auch der Handel mit Arzneipflanzen neben anderen pflanzlichen Produkten noch keine große Rolle spielte, so würde er aber nach Adlungs Meinung an Bedeutung gewinnen. Nicht zuletzt hatten schon einige pflanzliche Produkte der deutschen Schutzgebiete auf Grund der den Eingeborenen bekannten Wirkung als Heilmittel oder Pfeilgift Eingang in den Arzneischatz gefunden, so *Corynanthe yohimbe*, Samen *Jequiriti*, *Strophantus*- und *Acocanthera*arten. In einer Aufstellung⁶⁾ Adlungs über die

4) AAz. DOA 24 (1900), 23. August.: Bekanntmachung des Kaiserlichen Gouverneurs vom 17. August.

5) Pharmaz. Ztg. 77 (1902), 753.: Nachrichten aus dem Auslande.

6) ADLUNG, 15 (1912), 136-138. ADLUNG, 16 (1912), 146 - 148.
I. c. 17 (1912), 157 - 158.

Nach Adlung stand an der Spitze aller biologisch-landwirtschaftlichen Institute in den deutschen Schutzgebieten das Institut Amani. Dieses wurde zeitweise von Dr. Franz Stuhlmann, dessen Villa in Dar-es-Salaam heute das Gesundheitsministerium beherbergt, geleitet. Stuhlmann, ein Naturforscher, der später stellvertretender Gouverneur wurde, machte sich schon im Beginn der Schutzherrschaft einen Namen, als er mit dem deutschen Arzt Emin Pascha, der auf dergleichen Expedition von Arabern ermordet wurde, das Innere Deutsch-Ostafrikas erforschte.

Drogen deutscher Schutzgebiete stammten die folgenden aus Deutsch-Ostafrika:

- 1.) Samen *Strophanti* (im DAB 5 durften nur die Samen von *Strophantus Kombe*, heimisch in Deutsch-Ostafrika, Verwendung finden)
- 2.) *Gossypium*, in fast allen Schutzgebieten vorkommend.
- 3.) Samen *Jequiriti*, stammt von *Abrus precatorius* (Papilionaceae) ab. Die Samen enthalten den toxischen Eiweißkörper Abrin, das auf den Schleimhäuten Entzündungen hervorbringt.⁷⁾
- 4.) *Vanilla planifolia* (Orchidaceae), ursprünglich in Mittelamerika heimisch.
- 5.) *Tamarindus indica* (Caesalpiniaceae) ein allgemein angepflanzter Baum des tropischen Afrika.
- 6.) *Cinchona succirubra*, *C. ledgeriana*, *C. calisaya* (Rubiaceae). Ursprünglich in Peru beheimatet, verlagerte sich ab 1852 das Schwergewicht der Weltproduktion vollkommen nach Java und Ostindien. Allein 1911 brauchte Deutschland 3 - 4 Millionen kg Rinde, die zu einem Kilopreis von etwa 1, -- M aus Britisch-Indien eingeführt wurde. So war es verständlich, daß man Anbauversuche in Deutsch-Ostafrika unternahm. In Amani ließ der Direktor Zimmermann⁸⁾ die ersten umfangreicheren Kulturen anlegen, die eine Rinde ergaben, deren Chiningehalt durchschnittlich 5,5 % betrug und somit dem durchschnittlichen Gehalt der in den Jahren 1896 bis 1906 in Amsterdam, dem damals größten Chinارينdenmarkt, gehandelten Ware gleichkam.⁹⁾ Die Engländer hatten später kein weiteres Interesse an diesen Kulturen, so daß sie be-
dauerlicher Weise eingingen.
- 7.) *Cinnamomum ceylanicum* (Lauraceae)¹⁰⁾
- 8.) *Erythroxylon coca*. (Erythroxylaceae). *Folia cocae* wurde ins DAB 5 aufgenommen, im DAB 6 dagegen nicht mehr geführt.¹¹⁾ In Amani wurden nur Anbauversuche un-
ternommen.
- 9.) *Eucalyptus globulus* (Myrtaceae)
- 10.) *Acocanthera* - Arten (Apocynaceae) mit digitaloiden Verbindungen als Inhalts-
stoffe.

7) MORITZ (1962), 300.: "Man hat es früher zur künstlichen Erzeugung von Entzündungen in der Augenheilkunde gebraucht, da die Reaktion in gewissem Umfange durch ein spezifisches Antiserum, *Jequiritolserum*, beherrschbar war."

8) MORITZ (1962), 368.

9) ADLUNG 15 (1912), 137.

10) ADLUNG 16 (1912), 146 f.

11) MORITZ (1962), 349.

11.) *Jatropha palmata* (Menispermaceae), im tropischen Ostafrika beheimatet.

12.) *Hagenia abyssinica* (Rosaceae), besonderes Vorkommen am Kilimandscharo und in den Usambarabergen, doch in ganz Ostafrika beheimatet. Es ist bei den Eingeborenen ein sehr beliebtes Anthelmenticum und wird teilweise in regelmäßigen Kuren genommen.¹²⁾

13.) *Hevea brasiliensis* (Euphorbiaceae), angebaut ebenfalls in Kamerun, Togo und Neuguinea. Der Jahresbedarf in Deutschland belief sich auf 25.000 Tonnen. 1908 betrugen die Einfuhren aus Deutsch-Ostafrika 241.661 kg im Werte von 1.113.063 M und 1909 dagegen schon 474.348 kg im Werte von 2.768.645 M.

14.) *Acacia catechu* (Mimosaceae), beheimatet in Ceylon und Vorderindien, wurde auch im Innern Deutsch-Ostafrikas gefunden.

15.) *Arachis hypogaea* (Papilionaceae). Im Jahre 1908 wurden aus Deutsch-Ostafrika 1.912 Tonnen bezogen; der Jahresbedarf in Deutschland lag allerdings bei 50.000 Tonnen. Die Engländer versuchten später, im Süden Tansanias in der Nähe Lindis, große Erdnußplantagen anzulegen, doch war diesem Unternehmen kein Erfolg beschieden.

16.) *Sesamum indicum* (Pedaliaceae). Die Haupterzeugungsländer lagen in Ostasien. 1908 betrug die Ausfuhr aus Deutsch-Ostafrika 1.308 Tonnen.

17.) *Theobroma cacao* (Sterculiaceae), wurde in allen Schutzgebieten mit Ausnahme Südwest-Afrikas angebaut, doch war 1909 das Haupterzeugungsland Kamerun mit ca. 3.322.808 kg.

18.) *Ricinus communis* (Euphorbiaceae)

19.) *Cinnamomum camphora* (Lauraceae). Anbauversuche wurden außer in Deutsch-Ostafrika in Kamerun, Togo und auf den Südseeinseln unternommen.

20.) *Corchorus* - Arten (Tiliaceae), lieferten die Jute, von der 1908 aus Deutsch-Ostafrika 8.269 kg ausgeführt wurden.

Bei vielen dieser Pflanzen spielte zwar die pharmazeutische Verwendung nur eine untergeordnete Rolle, doch hätte ein Erfolg mit anderen wie Chinchona und Hevea zweifellos die Struktur des Weltmarktes beeinflussen können. Ein breiter gefächertes Angebot an Rohstoffen wäre der Wirtschaft Tansanias gerade heute zu Gute gekommen.

¹²⁾ MORITZ (1962), 281.

7. Kapitel

ERSTER WELTKRIEG - KÄMPFE IN DEUTSCH-OSTAFRIKA UNTER GENERAL VON LETTOW-VORBECK

A. BEGINN UND ENDE DER KAMPFHANDLUNGEN.¹⁾

Die Kriegserklärung traf 1914 ein in jeder Hinsicht unvorbereitetes Schutzgebiet. Die Schutztruppe selbst war nur zu Bekämpfung etwaiger Eingeborenenaufstände²⁾ gedacht, und um diesem Auftrage gerecht zu werden, besaß sie keineswegs eine derartige Ausrüstung, als daß sie einem modern bewaffnetem Gegner hätte standhalten können. Außerdem gab es keinerlei Mobilmachungspläne, da vor allem im Schutzgebiet selbst und hier in erster Linie durch den Gouverneur Dr. H. Schnee die Auffassung vertreten wurde, daß man durch die Kongoakte geschützt sei. Diesen Glauben teilte der damalige Kommandeur der Schutztruppe, Oberstleutnant von Lettow-Vorbeck, keineswegs³⁾, worin⁴⁾ ihm die allgemeine Entwicklung recht geben sollte. Ein anderer Grund, in Afrika zu kämpfen, war die Überzeugung Lettow-Vorbecks,⁵⁾ daß es vom militärischen Standpunkt nicht für die Deutschen, sondern für die Engländer ein Nachteil sei, wenn auch auf ostafrikanischem Boden Krieg geführt würde." In seiner Antwort⁶⁾ auf einen Mobilmachungsplan⁴⁾ des Oberkommandos der Schutztruppen legte er die Ansicht nieder,

1) Die Hauptdaten der Kampfhandlungen sind zur Orientierung im Anhang X chronologisch wiedergegeben.

2) SCHULZE (1920), 371.

3) BOELL (1951), 22 f.

BOELL (1951), 434.: Auszug aus dem Artikel XI. der Kongoakte: Die kriegführenden Teile würden von dem Zeitpunkt an darauf Verzicht zu leisten haben, ihre Feindseligkeiten auf die also neutralisierten (u.a. Deutsch-Ostafrika) Gebiete zu erstrecken oder dieselben als Basis für kriegerische Operationen zu benutzen.

4) BOELL (1951), 23.: Vom Kommando der Schutztruppe in Berlin wurde erst im Frühjahr 1912 in der Voraussicht, daß sich die Engländer nicht an die Kongoakte halten würden, für Deutsch-Ostafrika ein Mobilmachungsplan aufgestellt, der am 27. III. 1912 zur Kenntnis des Gouverneurs gelangte.

BOELL (1951), 438.: Bereits 1898 hatte sich ein Ausschuß der britischen Regierung mit der Kongo-Akte befaßt und war zu dem Schluß gekommen, "daß es im Kriegsfall nicht zum Vorteil von Großbritannien wäre, wenn die ostafrikanischen Gebiete neutralisiert würden."

Erst am 15. Mai 1914 erfolgte auf den Mobilmachungsplan eine Stellungnahme durch v. Lettow-Vorbeck. So kam es, "daß die Kolonie in den Krieg ging, ohne daß sich ihre leitenden Männer einig gewesen wären."

BOELL (1951), 24. Dieses sollte Anlaß zu häufigen Reibereien zwischen dem Gouverneur und seinem Kommandeur geben, wobei sich der Standpunkt des letzteren allmählich durchsetzte.

5) LETTOW-VORBECK (1920), 17.

6) BOELL (1951), 23.

die sein Handeln in der Folgezeit bestimmen sollte:

"Der Krieg hier in der Kolonie darf doch auch nicht so ganz als eine Episode für sich aufgefaßt werden. Er und der große Krieg beeinflussen sich gegenseitig. So verhindern wir durch energisches Verhalten den Abtransport englischer Truppen, zwingen den Feind Verstärkungen über See heranzuführen und zu deren Schutz Kriegsschiffe zu binden."

Daß er dieses Ziel erreichte, zeigt die Tatsache, daß die Engländer zur Bekämpfung der Schutztruppe, die aus ca. 3.600 Europäern und 14.600 eingeborenen Askari bestand, insgesamt 80.000 Weiße und 180 bis 160.000 Inder und Askari aufzubieten genötigt waren.⁶⁾ Daneben haben auf deutscher Seite 100.000 und auf Seite der Alliierten ca. 1 Million Träger und Arbeiter im Felde gestanden. Auf Grund seiner abweichenden Auffassung vom Kriege in Afrika, daß nicht das Schutzgebiet verteidigt, sondern die Heimat entlastet werden sollte, indem die Schutztruppe den Feind auf sich zog, blieb seine Kriegsführung weder zeitlich noch räumlich begrenzt und brauchte auch dann nicht beendet werden, als das Schutzgebiet selbst nicht mehr zu verteidigen war.⁷⁾

Nach vorbereitenden Reutermeldungen⁸⁾ über die Entwicklung der Ereignisse in Europa wurde am 31. Juli 1914 die Mobilmachung eingeleitet. Einige Tage nach dem 3. August, als der Kriegseintritt Frankreichs und Rußlands bekannt wurde, beschossen die Engländer am 8. August Dar-es-Salaam, obwohl es vom Gouverneur zur offenen Stadt erklärt worden war und nicht verteidigt werden sollte. Aus diesem Grunde wurde der Sitz des Gouvernements zuerst nach Morogoro, später nach Tabora und im Verlaufe der Kampfhandlungen wieder zurück nach Morogoro verlegt. Der 17. November 1917 muß als das Ende der deutschen Verwaltung und Schutzherrschaft in Ostafrika angesehen werden, da an diesem Tage der Entschluß gefaßt wurde, nach Portugiesisch-Ostafrika auszuweichen. Am 13. November 1918 mußte die Schutztruppe, zwar unbesiegt, in Nordrhodesien die Feindseligkeiten einstellen, da wenige Tage zuvor das Deutsche Reich kapituliert hatte.

Bei der Übergabe bestand die Truppe aus dem Gouverneur, zwanzig Offizieren, fünf Sanitätsoffizieren, einem Arzt der freiwilligen Krankenpflege, einem Oberveterinär, der sich besonders um das leibliche Wohl verdient gemacht hatte, 127 Europäern, 1156 Askaris und 1598 Truppenträgern.⁹⁾

7) LETTOW-VORBECK (1920), 18.: Der Verlust bei den Alliierten betrug allein an Europäern und Indern über 20.000. Allerdings wurden die meisten Opfer von Krankheiten.

Vergleiche auch BOELL (1951), 429.

8) Internationale Nachrichtenagentur.

9) LETTOW-VORBECK (1920), 295.

Unmittelbar nach Beendigung der Feindseligkeiten wurden alle Deutschen und Österreicher ausgesiedelt. Trotzdem lebten bei Ausbruch des Zweiten Weltkrieges in dem nun von den Engländern Tanganyika genannten Schutzgebiet wieder die fast gleiche Anzahl Deutsche wie vor dem Ersten Weltkrieg.

B. INDIENSTSTELLUNG VON MILITÄRAPOTHEKERN

Außer in Deutsch-Südwestafrika, wo zwei Stabsapotheker in den beiden Sanitätsdepots in Windhuk und Keetmannshoop Dienst taten, ¹⁰⁾ gab es in den übrigen Schutzgebieten keine aktiven Militärapotheker. Nur dem Kommando der Schutztruppen beim Kolonialamt in Berlin war noch der Korpsstabsapotheker Dr. A. Adlung unterstellt. Als infolge der englischen Blockade das Reichskolonialamt in seiner Wirksamkeit eingeschränkt wurde, trat dieser zur Heeresverwaltung über, die ihn lediglich zur Erledigung von Sonderaufgaben zweimal freistellte. ¹¹⁾

In Deutsch-Ostafrika wurden neben dem Regierungsapotheker Dr. R. Schulze, der als Stabsapotheker der Reserve Dienst tat, drei in öffentlichen Apotheken tätige Apotheker als Oberapotheker und drei weitere, die später ihre Beförderung zu Unterapothekern erhielten, in den Landsturm eingezogen. ¹²⁾ Zu den Oberapothekern gehörten Alfred Dörffel, Georg Beyer und Carl Held. Als Unterapotheker konnte Walter Hochstetter ermittelt werden, ¹³⁾ die beiden übrigen Namen führten die Kriegsberichte nicht auf. Es könnte sich aber um Carl Hatzig, den Inhaber des Tabora - Magazins, und Paul Schmidtgen, den Verwalter der Nashorn-Apotheke, gehandelt haben. Willibald Müller, der Besitzer der Elefantenapotheke zu Tanga, befand sich bei Kriegsausbruch in Deutschland und Walther Stietzel, Konzessionsinhaber der Reichadlerapotheke, tat, da er gedienter Reservist war, als Feldwebel bei der kämpfenden Truppe Dienst. Der letzte der neun zu dieser Zeit im Schutzgebiet anwesenden Apotheker, J. Schlamp, Konzessionsinhaber der Löwenapotheke in Lindi, war gedienter Obermatrose bei der Seewehr, doch entzog er sich einer Verpflichtung, indem er sich selbst verstümmelte. Nach einer Mitteilung Alfred Dörffels soll er wahrscheinlich an dieser Selbstverstümmelung gestorben sein.

10) LEQUIS (1920), 369.

11) ADLUNG (1920), 367.

12) SCHULZE (1920), 372.

13) Hochstetter ist heute Inhaber der Bahnhofs-Apotheke in Tübingen.

Nach Deutschland zurückgekehrt erhielten alle Unterapotheker ihre Beförderung zu Oberapothekern. Von den sieben einberufenen Apothekern gerieten vier in Gefangenschaft, während die drei übrigen, nämlich Oberapotheker Beyer und zwei Unterapotheker, der eine von ihnen war Hochstetter, an den Kämpfen bis zum Waffenstillstand teilnahmen. Auf Grund dieser Einberufungen sahen sich mehrere Apotheken, so auch die Reichsadlerapotheke gezwungen, ihren Betrieb einzuschränken und baten in einer Anzeige ¹⁴⁾ die Kundschaft hierfür um Verständnis. Der Aufgabenbereich der Militärapotheke erstreckte sich auf die Leitung der Felsanitätsdepots, die Verwaltung der Sanitätsreserven, Führung der späteren Feldsanitätskolonnen und im Feldlazarett auf die Überwachung der Herstellung von Arzneimitteln. Außerdem darf angenommen werden, daß ebenso wie in Südwestafrika die Untersuchung neuer Trinkwasserstellen in den Aufgabenbereich der Militärapotheke fiel. ¹⁵⁾ A. Dörfel weiß darüberhinaus von einer Periode, in der es in Lindi keinen Hospitalarzt gab, zu berichten, während der er als "Hilfsarzt" beim Revierdienst und später in gleicher Funktion zur ärztlichen Versorgung von Truppenangehörigen, vor allem der Afrikaner beim Küstenschutz in Mikindani, danach als ärztliche Unterstützung einer Beobachterpatrouille sowie als Ausbilder afrikanischer Sanitätsschüler in Lindi eingesetzt war. Die Militärapotheke trugen die Schutztruppenuniform mit den für die preußischen Militärapotheke vorgeschriebenen Abzeichen, jedoch an Stelle des preußischen Adlers den Reichsadler. ¹⁶⁾ Unter normalen Kriegsbedingungen waren sie beritten, was aber nur in Südwestafrika durchführbar war. In Ostafrika vollzogen sich alle Bewegungen zu Fuß, nachdem die Eisenbahnlinien dem Feinde hatten überlassen werden müssen. Über Fahrräder verfügte die Schutztruppe nur in geringer Anzahl.

Neben den Apothekern fanden in ähnlichen Positionen noch ein Materialverwalter namens Gindele als Verwalter der Sanitätsreserve in Morogoro ¹⁷⁾ und später als Führer einer Felsanitätskolonne ¹⁸⁾ sowie der Kriegsfreiwillige Schönheit als Leiter des Feldsanitätsdepots in Mombo (bis zum 23. August 1915), und der Chemiker Carl Marx bei der Herstellung von Chinin Verwendung. ¹⁹⁾

14) DOA Ztg. (1914), 15. August.

15) LEQUIS (1920), 370.

16) ADLUNG-URDANG (1935), 296.

17) SCHULZE (1920), 372.

18) BOELL (1951), 424.

19) CLYDE (1962), 51.

C.) DIE VERSORGUNG DER TRUPPE MIT SANITÄTSMATERIAL.

Da die Truppe ursprünglich nur zur Bekämpfung von Eingeborenenaufständen eingesetzt werden sollte, war ihre Ausrüstung mit Sanitätsmaterial verhältnismäßig dürftig. Bei einigen abgelegenen Militärstationen hielt man die wichtigsten Tabletten und Verbandstoffe als Reservevorräte auf Lager. "Daneben standen den einzelnen Kompanien nur je eine gefüllte Expeditionsapotheke im Gewicht von etwa 25 kg und einige hundert Verbandpäckchen zur Verfügung." ²⁰⁾ Hinzu kamen auf den Stationsapotheken die Bestände für den laufenden Bedarf der Schutztruppe, die ihre Ergänzung aus dem Sanitätsdepot in Dar-es-Salaam erhielten. Bei Kriegsausbruch unterlag die Abgabe aus diesen Beständen an Private sofort äußerster Einschränkung, so durfte z.B. Chinin, Uzara und Emetin nur noch an Europäer abgegeben werden. ²¹⁾ Anfänglich herrschte allerdings noch eine gewisse Sorglosigkeit, da man nicht damit rechnete, daß der Krieg länger als ein Jahr dauern würde, und die Vorräte des Sanitätsdepots zufällig kurz vor Kriegsausbruch ungewöhnlich reich aufgefüllt worden waren. ²²⁾

Zu den vorbereitenden Maßnahmen bei Mobilmachung gehörte ferner der Abtransport der Kriegssanitätsreserve ins Innere ²³⁾ der Kolonie. Auf Anordnung des Generaloberarztes Meixner wurde Stabsarzt Dr. Taute ²⁴⁾, der Leiter einer Kampagne gegen Schlafkrankheit, für die Sanitätsvorräte verantwortlich gemacht. Er reiste unermüdlich zwischen Morogoro, Kilossa und den nördlichen Provinzen umher, wo er zusammen mit Dr. Kудicke ein zentrales Sanitätsdepot in Morogoro errichtete, das dem Materialverwalter des Depots unterstand. ²⁰⁾

Für Dar-es-Salaam erließ der Chefarzt der Schutztruppe am 17. August 1915 eine Alarmordnung, ²⁵⁾ die auch Bestimmungen für das Sanitätsdepot enthielt. Dies sollte geschlossen werden, während Oberapotheker Beyer, der unverzüglich den Regierungsapotheker abzulösen hatte, sich im Feldlazarett zur Verfügung des Stabsarztes Er-

20) SCHULZE (1920), 372.

21) AAz. DOA (1914), 72. 10. Oktober.

22) SCHULZE (Pharm. Zentralhalle), 32, (1919), 333.

23) BOELL (1951), 26.

24) CLYDE (1962), 49 f.: Generalarzt Meixner stellte die 9 Ärzte der Schlafkrankheitskampagne zur Schutztruppe ab. Taute bemerkte zur allgemeinen Lage der Sanitätsmaterialversorgung: "Diejenigen von uns, die sich um die Vorräte kümmerten, wußten, daß die diesbezügliche Lage im Falle eines längeren Krieges ziemlich ernst werden konnte. Trotzdem wir genügend Nahrungsmittel und Sanitätsmaterial, weil ziemlich viel Material in Dar-es-Salaam für eine Ausstellung vorhanden war, hatten, mußte sich die Lage verschlimmern im Falle, daß die Handelsrouten blockiert würden."

25) Die Alarmordnung für den Sanitätsdienst der Schutztruppe befindet sich in einer Akte

hardt halten sollte. Der Kanzleihilfe Bittner hatte sich zu seinem Truppenteil und das farbige Personal zur Sanitätskolonne zu begeben. Ein weiterer Auftrag für Beyer bestand darin, das Personal und die Hilfskräfte zu sammeln und eine Bereitschaftsstellung in der Nähe des Feldlazarets,²⁶⁾ das sich zwischen einer Ausfallstraße (Pugustraße) und der Eisenbahn 4,1 km westlich von Dar-es-Salaam befand, einzunehmen. Beyer erreichte kurz vor Übergabe der Stadt die Truppe und vermochte Taute zu unterstützen.²⁷⁾ Zu den vorbereitenden Maßnahmen gehörte ebenfalls der ausdrückliche Befehl Lettow-Vorbeckes,²⁸⁾ alle medizinischen Anordnungen im Kriege mit größter Sorgfalt zu befolgen, was sich dadurch auszahlte, daß sich die Schutztruppe im Gegensatz zu den Engländern eines verhältnismäßig guten Gesundheitszustandes erfreute.

Zur Unterstützung der Nordtruppen erwies es sich ab Mitte 1915 als notwendig, ein Sanitätsdepot in Mombo zu errichten, das später unter die Leitung des Oberapothekers Dörfel gestellt wurde.²⁹⁾ Nach seiner Darstellung mochte es dem vorherigen Leiter, Schönheit, nicht recht gelungen sein, das Depot in den Zustand zu versetzen, der hinsichtlich Unterbringung und Aufbewahrung des Materials erforderlich gewesen wäre.

in der Bibliothek des Nationalmuseums und wurde vom Verfasser durch Zufall gefunden.
26) Nach einem sich bei der Alarmordnung befindlichen Plan.

27) CLYDE (1962), 92.

28) CLYDE (1962), 50.: Die Truppen durften nicht an einem vorher benutzten Platz oder in Hütten lagern, sondern mußten jedesmal den Lagergrund neu bereiten. Es mußten Moskitonetze benutzt werden. Askari und Träger hatten getrennt zu schlafen, um ansteckende Krankheiten zu verhindern. Toiletten wurden in einiger Entfernung errichtet, tote Tiere sofort begraben. Selbst später, als man keine Zelte mehr mitschleppte, wurden Netze benutzt und mit Stöcken befestigt. Dementsprechend hatte von Lettow nur 10 Malariaanfälle während des ganzen Krieges, ein englischer Sanitätsoffizier dagegen 10 Anfälle in 8 Monaten. Außerdem mußte das ganze Wasser filtriert werden und nach Unbrauchbarkeit der Berkelfilter später abgekocht werden. Auf Anordnung Meixners wurden sämtliche Soldaten gegen Pocken geimpft.

29) Persönliche Mitteilung von Apotheker Dörfel. Siehe auch SCHULZE (1920), 372. CLYDE (1962), 66.: In Mombo bestand ein Durchgangshospital unter Dr. Gothein, der auswählte, welche Fälle nach Korogwe zu Dr. Müller oder nach Dar-es-Salaam mußten. Außerdem war dort ein isoliertes Hospital für Typhusranke errichtet worden. Zwischen Mombo und Korogwe gab es dann noch ein Feldhospital in Murni. In Vugiri in den Usambarabergen überwachte Dr. Schörnich ein Sanatorium für Genesende.

"Da der Raum, in welchem das Depot untergebracht worden war, infolge seiner Lage und wegen der nur undicht verschließbaren Türen und der Fenster ständig mit Staub bedeckt war, sorgte ich hier zunächst für Abhilfe, indem ich zwecks einwandfreier Aufbewahrung der Verbandstoffe und sonstigen empfindlichen Materials geeignete Schränke anfertigen ließ." 30)

Nach dem Rückzug der Schutztruppe von der Usambara- und später von der Zentralbahn wurden die Vorräte aller ²⁰⁾ Depots im September 1916 vereinigt und neu aufgeteilt. Die Westtruppen unter General Wahle hatten zu dieser Zeit bei der Aufgabe Taboras große Verluste an Sanitätsmaterial erlitten, da die Sanitätsreserve am 22. September in einem Eisenbahnwagen verbrannte. ²⁷⁾ Zur Entlastung wurde einer der beiden der Neuaufteilung erstellten mobilen Nebenzüge unter Dörffel zur Westabteilung nach Mahenge in Marsch gesetzt, während der zweite Nebenzug unter Leitung des Materialienverwalters Schöffers den Rufiji flussabwärts ging und von Utete aus die Ostabteilung versorgte. ³¹⁾ Der ebenfalls mobile Hauptzug unter Stabsapotheker Schulze blieb am Rufiji zur Versorgung der Truppen an der Kinderengwafront.

Im April 1917 erfolgte die Vereinigung ³¹⁾ des Nebenzuges aus Utete mit dem Hauptzug und danach die Bildung eines neuen Sanitätszuges, der unter dem Oberapotheker Held, der bisher an der Front unter General Wahle tätig gewesen war, in Massassi südwestlich von Mahiwa eingesetzt wurde. Der Hauptzug selbst wurde vom Gegner am Rufiji überfallen, und die Hälfte der Gesamtvorräte wurde ein Raub der Flammen. ³²⁾ (14. bis 18. September 1917). Der Kriegsgliederung ³³⁾ der Schutztruppe vom 14. Oktober 1917 kurz vor der Schlacht bei Mahiwa ist zu entnehmen, daß Stabsapotheker Dr. Schulze die Sanitätsreserve beim Kommando und Oberapotheker Dörffel das Feldsanitätsdepot bei dem Westbefehlshaber leitete. Vor dem Übertritt auf portugiesisches Gebiet mußte Dr. Schulze zurückgelassen werden. Dörffel erhielt Anfang November den Befehl, die Auflösung des Depots vorzunehmen. Dieses geschah in der Weise, daß das vorhandene Material auf die Kompanien verteilt wurde. Am 10. November 1917 geriet auch Dörffel auf Grund seines Gesundheitszustandes in Gefangenschaft. ³⁴⁾ In dieser Zeit nahm man noch einmal eine Vereinigung aller Vorräte auf die Aufstellung der Feldsanitätskolonnen A, B, und C, ³⁵⁾ die dem Feinde bei der Kapitulation in die Hände fielen, vor.

30) A. Dörffel: Bericht an das Reichskolonialamt Kommando Schutztruppen vom 17.2.19.

31) SCHULZE (1920), 372.

32) SCHULZE (1920), 373.

33) BOELL (1951), 369.

34) Private Mitteilung Dörffels.

35) BOELL (1951), 424. SCHULZE (1920), 379. Dr. Schulze gibt nur zwei Feld-

Ein besonders Problem in diesem Krieg bildete der Nachschub; bei den Engländern noch mehr als bei den Deutschen. Letztere lernten bald aus dem Lande zu leben, während sich die Engländer auf den überseeischen Nachschub verließen, der für die Schutztruppe ausgeschaltet worden war. Im deutschen Heer dienten neben den Askari und den Europäern über 100.000 Träger, die alle verpflegt und ärztlich versorgt werden mußten,³⁶⁾ und ärztliche Versorgung spielte in diesem Tropenreiche die Hauptrolle. Es war daher von ganz besonderer Bedeutung, daß vom Reichsgebiet Versuche gemacht wurden, Munition und Sanitätsmaterial in das Schutzgebiet zu bringen:

"So konnten in der ersten Zeit noch durch Vermittlung eines neutralen Landes Arzneimittel nach Deutsch-Ostafrika geschafft werden. Als dieser Weg später nicht mehr gegangen werden konnte, wurden zwei Hilfsschiffe geschartert und mit den wichtigsten Gegenständen beladen. Beiden Schiffen gelang es, die Blockade zu durchbrechen und Deutsch-Ostafrika zu erreichen." ³⁷⁾

Das erste Hilfsschiff "Rubens" ging am 18. Februar 1915, eigentlich für das Kriegsschiff "Königsberg" bestimmt, von Wilhelmshaven ab. Ein Beipack für die Schutztruppe sollte auf Befehl des Kommandanten der "Königsberg" in Tanga gelöscht werden. Doch befanden sich die Engländer im Besitz des deutschen Chiffrierschlüssels und versuchten am 14. April die "Rubens" abzufangen. "Schnell entschlossen steuerte Oberleutnant zur See d.R. Christiansen sein Schiff in scharfer Wendung in die Mansa-Bucht (bei Tanga), um mit Nordkurs im Schutze einer langgestreckten Landzunge die nördliche Ecke der Bucht zu erreichen. Dort ließ er die Bodenventile öffnen und das Oberschiff anzünden, während gleichzeitig das Schiff über die Landzunge hinweg einige Volltreffer erhielt." ³⁸⁾ Der Besatzung gelang es bald, das Feuer zu löschen, und bis zum 29. Juni wurde die Ladung teilweise unter Zuhilfenahme von Tauchern geborgen. Der größte Teil konnte trotz der Wassereinwirkung einer Verwendung zugeführt werden, darunter fast das gesamte Sanitätsmaterial.

Bei Tagesanbruch des 16. März 1916 fiel das zweite Hilfsschiff "Marie" in die im Süden gelegene Sudi-Bucht ein ³⁹⁾ und begann sofort mit dem Löschen des Kriegsgüter und Sanitätsmaterials, zusammen 50.000 Trägerlasten, wovon letzteres in Morogoro

sanitätskolonnen an, doch da er nicht bis zum Ende des Krieges dabei war, muß den Angaben Boells Glauben geschenkt werden. Auch Hochstetter weiß von dreien zu berichten.

36) LETTOW-VORBECK (1920), 21 f.

37) ADLUNG (1920), 368.

38) BOELL (1951), 103.

39) BOELL (1951), 179.

gesammelt wurde. Obwohl am 11. April die "Marie" entdeckt und beschossen worden war, gelang es der Besatzung, sie bis zum 22. April zu reparieren und nochmals die Blokade zu durchbrechen und den neutralen Hafen Batavia auf Java zu erreichen. Das in den ersten Kriegswochen erwartete Hospitalschiff der Deutsch-Amerikanischen - Rot - Kreuz - Gesellschaft mit großen Sanitätsvorräten ist jedoch niemals eingetroffen.⁴⁰⁾

Nachdem es nicht mehr möglich bzw. zu riskant war, die Blokade weiterhin zu durchbrechen, und Lettow-Vorbeck zudem seinen letzten Stützpunkt an der Küste aufgegeben hatte, regte Dr. Zupitza,⁴¹⁾ ein ehemaliger Schutztruppenarzt, entgegen in Deutschland herrschenden Meinungen an, einen Zeppelin mit Nachschub nach Ostafrika in Marsch zu setzen. Obwohl man ihm entgegenhielt, er hänge unmöglichen Vorstellungen an - vor allem deswegen, weil das Luftschiff nicht genug Öl transportieren könne, um auch zurückzukommen - gelang es Dr. Zupitza, diese Bedenken zu zerstreuen. Er schlug vor, das Luftschiff an der Front zu zerlegen und z.B. dessen Bespannung zur Herstellung von Bandagen zu benutzen. Nachdem das erste Luftschiff bereits in der Heimat verunglückte,⁴²⁾ startete am 21. November 1917 gegen 8.30 Uhr in Jamboli, Bulgarien, der Zeppelin L 59 mit 2.000 Bruttotonnen Ladung. Am 23. November 2.50 Uhr erhielt das Luftschiff in der Höhe von Khartum einen Funk-spruch mit der Aufforderung, nach Berlin zurückzukehren. Dort war die Falschmeldung eingegangen, von Lettow hätte kapituliert. Um Höhe zu gewinnen, mußte das Luftschiff auf dem Rückflug einen Teil der Fracht, unter dieser auch Chinin, über Bord werfen. Dieses kam durch einen glücklichen Zufall dennoch der verbündeten Seite zu Gute. Ein zur türkischen Armee abkommandierter Deutscher berichtete, daß das Chinin gut verpackt in der syrischen Wüste gefunden worden wäre und der türkischen Armee, die sehr unter Malaria zu leiden hätte, von großem Nutzen gewesen wäre.⁴³⁾ Am 25. November 1917 landete das Luftschiff, zu dessen Bekämpfung die Engländer neun Flugzeuge bereitgestellt hatten,⁴⁴⁾ nach einem Flug von 4 233 Meilen wieder in Jamboli. Fünf Monate später wurde es mit samt der Mannschaft zerstört. Da die Schutztruppe von diesem Unternehmen keine Kenntnis besaß, und die Führung des Luftschiffes nicht genau wußte, wo sich von Lettow aufhielt, mag es fraglich erscheinen, ob der Zeppelin auch ohne diese

40) CLYDE (1962), 51.

41) CLYDE (1962), 93.

42) ADLUNG (1920), 368.

43) CLYDE (1962), 93.: Eines Tages kam zu dem Deutschen voller Freude der leitende türkische Sanitätsoffizier und rief schon von weitem: "Preis sei Allah! Allah ist groß!

Falschmeldung sein Ziel jemals erreicht hätte.

Wie wichtig in diesem Tropenkrieg das Chinin war, zeigt schon allein die Tatsache, daß es in den Berichten ⁴⁵⁾ über erbeutetes Material immer wieder mit Mengenangabe gesondert aufgeführt wurde. Diese Erscheinung läßt sich von der ersten Erbeutung von Sanitätsmaterial bei Taveta in Britisch-Ostafrika bis hin zur Einnahme der Missionsstation Mwenza am 1. November in Nordrhodesien verfolgen. Dort konnten nicht nur die Vorräte ergänzt werden, sondern man fand derart viel Chinin (ca. 14 kg) vor, daß damit die Chininversorgung bis Ende Juni 1919 gesichert gewesen wäre. ⁴⁶⁾ Besonders erfolgreich war die Schutztruppe bei der Einnahme kleinerer portugiesischer Stützpunkte, ⁴⁷⁾ wo manch wertvolle Dinge auch in die Hände der Askaris fielen. Das veranlaßte diese zu der häufigen Bitte an den Kommandeur, man möge doch wieder einmal eine Boma stürmen. ⁴⁸⁾ Diese Methode der Selbstversorgung war keineswegs nur für die Deutschen typisch, auch die Engländer machten von ihr Gebrauch. So wurde in Mkindu am Rufiji ein deutsches Feldhospital überfallen, wobei die Schutztruppe ein Drittel ihrer Chininvorräte verlor. Das veranlaßte Gouverneur Schnee zu einem förmlichen Protest, da damit gegen die Genfer Konvention verstoßen worden wäre. Doch erwiderten die Engländer mit Recht, daß die Deutschen zu einem solchen Protest keinen Grund hätten, weil sie ihre Vorräte fast immer auf gleiche Weise aufzufüllen pflegten. ⁴⁹⁾

Der Nachschub wurde zum prekärsten Problem ⁵⁰⁾ dieses Tropenkrieges, da die Lasttiere an Trypanosomiamis dahinstarben. Da Versuche mit Zebras fehlschlagen, blieb man vollkommen auf Träger und Esel angewiesen. Die Pfade beider Truppen waren übersät mit Leichen der Esel und auch der Träger, wobei es nicht Wunder nahm, daß letztere zunehmend desertierten. Auf deutscher Seite geriet Dr. Gothein in Gefangenschaft, da er sein Lazarett wegen Trägermangel nicht mehr bewegen konnte und bei den Engländern

In seiner unendlichen Güte hat er Chinin vom Himmel geworfen."

44) BOELL (1951), 386.

45) BOELL (1951), 113.: Am 15. Juli 1915 Erbeutung von Sanitätsmaterial bei Taveta. BOELL (1951), 346.: Erbeutung von Sanitätsmaterial inklusive 13,5 kg Chinin am 2. August 17 durch General Wahle bei Lindi.

BOELL (1951), 400.: General Wahle erbeutete am 8. Dezember 17 10 Lasten Sanitätsmaterial.

LETTOW-VORBECK (1920), 275.: 6. September 1918: Feldlazarett eines Gegners genommen.

46) LETTOW-VORBECK (1920), 285.

47) BOELL (1951), 413.: Am 23. Juni 1918 Beschlagnahme von 40 Lasten Verpflegung und Sanitätsmaterial vor Quelimane

BOELL (1951), 415.: 1. Juli Erbeutung von 3.75 kg Chinin und anderer Medikamente.

starben 1917 allein in 24 Wochen 11.484 Träger.⁵¹⁾ Die Leiden, die die ostafrikanische Bevölkerung sowohl freiwillig als wohl auch gezwungenermaßen auf sich nahm, können nicht genug gewürdigt werden. Wenn es auch der Wunsch des Kommandeurs war, den Trägern ärztliche Versorgung angedeihen zu lassen,⁵²⁾ so dürfte es bei der Knappheit der Vorräte nicht immer durchführbar gewesen sein. Um dem ungeheuren Bedarf an Sanitätsmaterial wenigstens einigermaßen gerecht zu werden, ging man daran, Sanitätsmaterial im Lande selbst herzustellen.

D. BESCHAFFUNG UND HERSTELLUNG VON SANITÄTSMATERIAL IM LANDE

Es wurde der deutschen Führung im Laufe des Krieges bald klar, daß die Vorräte des Schutzgebietes nicht ausreichen würden. Echte Schwierigkeiten traten vor allem nach dem Rückzug von der Zentralbahn auf, wenn auch der Kreis der zu Versorgenden sich nunmehr auf die Schutztruppe selbst beschränkte. "Doch waren die glücklich geretteten Geräte und Einrichtungen überaus dürftig, und ebenso primitiv wurde die Möglichkeit der Unterbringung, die jetzt ausschließlich in großen selbstgebauten Grashütten erfolgen mußte."⁵³⁾ Improvisation wurde nicht nur in der Arzneiversorgung zum Gebot, sondern mehr und mehr trat die Schutztruppe im Laufe des Krieges als "Unternehmer" auf. So verfügte sie über Spinnereien, Webereien, Färbereien, ein Labor für Gummiherstellung, und bei Morogoro gelang es sogar, aus Kokus ein dem Benzol ähnliches Antriebsmittel, Trebol genannt, für Automotoren herzustellen.

Schon vor dem Rückzug von der Zentralbahn war man gezwungen gewesen, in der Versorgung mit Arzneien und Krankenpflegemitteln auf folgende, im Lande produzierten Dinge, zurückzugreifen:⁵⁴⁾

1.) Verbandpäckchen:

Da genügend Verbandstoff vorhanden war, konnte dem Mangel an Verpackung mit Hilfe einiger Frauen aus Dar-es-Salaam abgeholfen werden. An Stelle einer wasserdichten Umhüllung traten Khaki und Pergamentpapier.

48) Mitteilung von Apotheker Dörfel. Boma = Kisuheliwort für einen befestigten Platz.

49) CLYDE (1962), 82.

50) CLYDE (1962), 51.

51) CLYDE (1962), 59.

52) siehe Anmerkung 36.

53) Mitteilung Dörfels.

54) Zusammengestellt nach Dr. R. SCHULZE DAR-ES-SALAAM:

1) Arzneiversorgung und Ersatzmittelbeschaffung während des Feldzuges in Deutsch-Ostafrika.

2.) Truppensanitätsausrüstungen, bzw. sogenannte Expeditionsapotheken:

Hierfür benutzte man übliche Tropenkoffer aus Blech, in die von einer Schlosserei die nötige Aufteilung zur Aufnahme der Medizinalgefäße eingebaut wurde. Selbst nach vierjährigem Feldgebrauch waren diese noch verwendungsfähig.

3.) Salben:

Für Salben kam als Grundlage das aus Höckern von Zeburinden ausgelassene Fett mit einem Zusatz von Erdnußöl zur Verwendung. Der Mangel an Vaseline wurde mittels einer Mischung aus Kokosnußöl und Wachs behoben.⁵³⁾ Später kam besonders bei Krätzesalben Elefantenfett zur Anwendung.

4.) Unguentum Hydrargyri cinereum:

Nach Erschöpfung des Vorrates an reinem Quecksilber wurde für die Herstellung ein stark verunreinigtes Metall aus dem Betriebe der Kironda-Goldminen-Gesellschaft herangezogen, das zunächst einer Reinigung mittels Eisenchlorid-Zinnchlorür nach dem Verfahren von Finkner unterzogen werden mußte.

5.) Liquor Aluminiumi acetic:

Die Herstellung erfolgte durch Eintragen der berechneten Menge feingepulverter Bleiacetats in Alaunlösung entsprechender Konzentration und Ausfällung des überschüssigen Bleis aus der vom abgeschiedenen Bleisulfat getrennten Lösung durch Schwefelwasserstoff.

In der zweiten Hälfte des Feldzuges (nach August 1916) wurden vor allem folgende Präparate selbst angefertigt:

6.) Zahn- und Mundpflegemittel:

Diesem dringenden Bedürfnis der Feldtruppen wurde durch Anfertigung von größeren Mengen eines weingeistigen Thymol-Mundwassers und einer festen Zahnpasta entsprochen. Da Calcium carbonicum für diese Zwecke nicht mehr verfügbar war, wurde ein Vorrat an Chlorcalcium durch Fällung mittels einer Lösung von natürlicher Soda aus einem Natronsee im Kondoabezirk auf Schlammkreide verarbeitet. Besonderen Verdienst er-

Pharmazeutische Zentralhalle 60 (1919), 333 - 336.

61 (1919), 347 - 351.

2) Deutsch-Ostafrika. In DEVIN: Militärapotheke im Weltkrieg.
Berlin (1920), 371 - 379.

warb sich ein Unteroffizier Grote mit der Herstellung von Zaubürsten. Die notwendigen Borsten bestanden aus den Mähnenhaaren von Gnus und anderen Antilopenarten.

7.) Medizinische Seife:

Aus Flußpferdfett und Erdnußöl mit den entsprechenden Beimengungen .

8.) Abführpillen:

Ein Versuch mit Aloe hatte wenig Erfolg, da die Ausbeute an wilden Aloepflanzen in den südlichen Gegenden nicht ergiebig genug war .

9.) Strophantus- und Uzaratinktur:

Diese wurden aus den Drogen des Landes in größerem Umfang hergestellt .

10.) Bandwurmmittel:

Flores Koso und besonders Cortex radices granati, die im Schutzgebiet gesammelt wurden, fanden reichlich und mit gutem Erfolg Anwendung .

11.) Digitalisersatz:

Hierzu diente zeitweilig eine Tinktur aus der Rinde von *Erythrophloeum guineense*. Im Depot Mahenge geschah es, daß sich unter den 50 Lasten Chinarinde eine Last *Erythrophloeearinde*,⁵⁵⁾ die gewisse Ähnlichkeiten mit der Chinarinde aufweist und über deren Vorhandensein nichts bekannt war, befand. Nur auf Grund von Hautreizungen der die Rinde zerstampfenden afrikanischen Frauen konnte diese sehr giftige Rinde entdeckt werden .

12.) Rizinusöl:

Es wurden die Samen verschiedenster wilder Varietäten gesammelt. Das von den Eingeborenen auf verschiedene Art gepreßte Öl blieb mit erheblichen Mengen feinen Sameneiweißes vermischt. Zur Entfernung dieses Anteils wurde das Öl mit viel Wasser gelinde aufgekocht, wobei sich ein großer Teil der zu entfernenden Beimengungen schaumig abschied und abgehoben werden konnte. Danach mußte das Wasser, das mit dem Öl eine beständige Emulsion bildete, in weiten Schalen zur Vermeidung der Bildung von Akrolein gelinde abgedampft werden .

55) *Erythrophloeum guineense*, *Caesalpinaceae*, dient als Gifttrank bei Gottesurteilen und als Pfeilgift .

13.) Bolus alba:

Dies wurde besonders bei der Behandlung von Ernährungsstörungen bei den Eingeborenen gebraucht. Ein guter Ersatz fand sich in zwar mit Sand durchsetzten, aber reinen weißen Tonablagerungen. Nach dem Zerreiben wurde dieses Material durch mehrmaliges Schlämmen vom Sand befreit, danach auf Koliertüchern gesammelt, behutsam getrocknet und zerrieben.

14.) Krätzesalbe:

Krätze war bei den Trägern und den Askari außerordentlich weitverbreitet. An Stelle von Perubalsam und Styrax traten zuerst Naphthol-Schwefelsalben unter Zusatz von Oleum Rusci. Als Salbengrundlage diente eine Unguentum cereum aus vier Teilen Wachs und sechs Teilen Erdnußöl. Später war der einzig mögliche Ersatz eine Salbe aus Schwefel und gebeuteltem Zinksulfat.

15.) Borsalbe und Pasta Zinci:

Als Grundlage benutzte man Elefanten- und Flußpferdefett mit einem Zusatz von Adeps Lanae.

16.) Tinctura Jodi und Spiritus camphoratus:

Das Hilfsschiff "Marie" hatte mehrere hundert Lasten Hartspiritus mitgebracht, der nur vereinzelt im Sanitätsdienst teils in Substanz, teils nach Rückgewinnung des flüssigen Weingeistes zum Beheizen kleinerer Sterilisatoren Verwendung gefunden hatte. Später wurde in größerem Maßstabe eine Destillation in einer unter Verwendung von Wellblech angefertigten Destillationsanlage in einer Bambushütte durchgeführt. Der so gewonnene denaturierte Weingeist wurde zum großen Teil rektifiziert und diente zur Herstellung von Tinkturen und zu Desinfektionszwecken. Zur Abscheidung der Pyridinbasen wurde das denaturierte Material aus dem einzigen noch verfügbaren Glaskolben unter Zusatz von Schwefelsäure destilliert und die geruchfreien Destillate unter Zwischenschaltung eines aus Weißblech hergestellten und mit Glasscherben gefüllten Hempelschen Aufsatzes aus großen Blechgefäßen einer vielfachen fraktionierten Destillation unterworfen.

Eine der wichtigsten Aufgaben wurde die Ersatzmittelbeschaffung für die außerordentlich zusammengeschrunpften Verbandmittel:

17.) Verbandwatte:

Zuerst wurde Rohbaumwolle durch längeres Kochen mit Natronlauge entfettet. In der Regel war sie nach dreimaligem Auskochen und anschließendem Auswaschen wofür das Wasser aus den Flüssen erst mit Alaun geklärt werden mußte, benutzbar. Das Zerpupfen gestaltete sich besonders mühsam, da keine Maschinen zur Verfügung standen. Es kamen nur afrikanische Arbeitskräfte in Frage. Zeitweilig wurden bis zu 550 Afrikaner beschäftigt, die je eine Leistung von 10 - 60 gr am Tag erbrachten. Die fertige, allerdings nicht in zusammenhängende Lagen gebrachte Watte wurde sterilisiert und mittels einer Kopierpresse in Preßpakete zu 100, 200 und 500 gr. gebracht. Nachdem die Natronlauge zu Ende gegangen war, wurden die Destillationsrückstände des Hartspiritus zum Entfetten verwendet.

18.) Verbandmull:

Zur Behebung dieses Mangels war von dem Stabsarzt Dr. Taute die Rinde der Miombobäume, die von den Eingeborenen mancher Gegenden als Kleidung benutzt wurde, empfohlen worden. Für die Gewinnung kamen die von Rinde und Borke befreiten Bastpartien in Frage. Durch Klopfen wurde die Rinde von den gefälltten Bäumen gelöst und die gewünschten Teile daraus abgetrennt und durch weiteres Klopfen mit einem Holzhammer zu einem weichen Stoff verarbeitet, der ausgelaugt, gesäubert und getrocknet wurde. In passende Stücke geschnitten und steril verpackt, kam dies Material zur Ausgabe.

19.) Kompressen:

Es sollte sich zeigen, daß das für wässrige Flüssigkeiten große Aufsaugevermögen der Rinde nicht im gleichen Maße für eitrige dickflüssige Wundabsonderung galt. Hier bewährten sich besser Kompressen, die mit entfetteter Baumwolle hergestellt worden waren. Diese wurde zwischen zwei Lagen Mull eingenäht und sterilisiert. Die Tagesproduktion von 500 - 600 Stück wurde zu je zwölf und vierundzwanzig Stück in Wachstuch verpackt, und diese Pakete noch einmal 1 1/2 Stunden in strömenden Wasserdampf gelegt. Für schwach sezernierende Wunden erwies sich der Rindenstoff weiterhin als geeignet.

20.) Mull- und Cambricbinden:

Anfänglich wurden alle in den zugänglichen Gebieten dafür geeignete Baumwollstoffe requiriert, sogar ein größerer Posten Wachstuch machte man nach Einweichen in Wasser und Entfernung der undurchlässigen Schicht diesem Zwecke nutzbar. Auch im Lande aus selbst gesponnenem Baumwollgarn auf primitiv hergerichteten Webstühlen gewebte Binden, die sehr dauerhaft waren, kamen in beschränkten Umfange zur Verwendung. Da der Bedarf nicht gedeckt werden konnte, erwies sich hier in der Not der Rindenstoff als ein recht annehmbares Ersatzmittel. Das Zuschneiden des Stoffes mußte allerdings sehr vorsichtig geschehen, da dieser nur in einer Richtung zugfest ist. Die fünf Meter langen Binden, von denen 150 - 200 Stück am Tage produziert wurden, wurden aus einzelnen Streifen zusammengestellt. Als Kuriosum ⁵⁶⁾ mag erwähnt werden, daß man sogar versuchte, aus gelbem Banknotenpapier Bandagen herzustellen. Nachdem man erst darauf ziemliche Mühe verwendet hatte, war es an Dr. Schulze, ärgerlich zu werden, als er diesen Vorgang umkehren mußte. Es erforderte erhebliche Reinigungsarbeiten, bevor die Bandagen, die immer wieder benutzt worden waren, sauber und damit als Währung präsentierbar geworden waren. Doch mußte er zugeben, daß das seltsam marmorierte Papier schwer zu fälschen gewesen wäre.

21.) Verbandpäckchen:

Anfang 1917 war der seinerzeit hergestellte Vorrat völlig erschöpft. Hier fand sich nach einigem Suchen ein Ausweg in Gestalt eines aus dem Kriegsschiff "Marie" stammenden größeren Postens an gelbem Ölpapier, von dem sich der auf der Rückseite festgeklebte mullartige Stoff ablösen ließ und hinreichend Material lieferte, um mehr als 6.000 Verbandpäckchen herzustellen.

22.) Heftpflaster:

Versuche, dieses mittels der im Lande zugänglichen Produkte herzustellen, mißlingen.

23.) Mastisol:

Beim Depot in Mahenge konnte ein guter Ersatz in Gestalt einer Chloroform-Ätherlösung des Harzes von *Cupressus glaucus*, dort auf einer Missionstation als Zierpflanze angebaut, gewonnen werden. Andere mit 20 verschiedenen Pflanzen

56) CLYDE (1962), 92.

angestellte Versuche schlugen fehl.

Verpackung und Versendung:

Für die Salben konnten aus noch verfügbarem Weißblech entsprechende Büchsen hergestellt werden, während zur Abgabe kleinerer Mengen aus Bambusrohr geschnittene Dosen, die mit einem Kork verschlossen wurden, recht geeignet waren. Kisten fehlten als Verpackungsmaterial, und so mußte man sich auch hier dem Lande anpassen. Es wurden aus Bambusrohr geschnittene Stäbchen entsprechender Länge mittels Bastbindfadens nach Art von Rolljalousien zusammengeflochten und damit Umhüllungen für Pakete beliebiger Größe gewonnen, die unter Verwendung weichen Grases auch eine sichere Verpackung zerbrechlicher Gegenstände gestatteten.

Durch diese Maßnahmen gelang es, die Versorgung der Schutztruppe mit Sanitätsmaterial für die Dauer der Operationen auf deutsch-ostafrikanischem Gebiet in ausreichender Weise durchzuführen.⁵⁷⁾

E.) DIE CHININVERSORGUNG WÄHREND DES FELDZUGES.

Nach dem Ersten Weltkrieg wies der ehemalige Gouverneur Deutsch-Ostafrikas Dr. Schnee, in einem öffentlichen Vortrag⁵⁸⁾ auf die Verdienste von Dr. Schulze hin:

"Die Ostafrikaner haben während des Krieges im ganzen 1.000 kg Chinin geschluckt. Die Hälfte davon wurde im Schutzgebiet selbst gewonnen, nachdem es dem Regierungsapotheker Dr. Schulze mit den allereinfachsten Mitteln gelungen war, aus der Rinde von Amani schon seit längerer Zeit gezogenen Chinabäumen ein Chinin herzustellen, dessen Wirkung sogar nach Aussage der Engländer, denen ein Teil davon als Beute in die Hände gefallen war, das aus Europa bezogene bei weitem übertraf. 59) Dadurch allein war es möglich gewesen, den Krieg so lange fortzusetzen."

⁶⁰⁾ Die andere Hälfte des benötigten Chinins, etwa 500 kg, wurde importiert, erbeutet oder war noch vorrätig gewesen. Der Gerechtigkeit und Vollständigkeit halber muß erwähnt werden, daß das Verdienst an der Chininherstellung nicht dem Regierungsapotheker allein zukam, sondern daß sich daran in beinahe gleichem Maße der Chemiker Dr. Carl Marx beteiligte. Dieser startete in seinem sonst für diese Zwecke nicht eingerichteten Labor in Amani die Herstellung von schwefelsaurem Chinin, von dem Ende

57) SCHULZE (1920), 379.

58) Dtsch. Apoth. Ztg. 37 (1919), 203: Kriegsverdienst eines Kolonialapothekers.

59) Siehe auch LETTOW-VORBECK (1920), 172.

60) CLYDE (1962), 51.

Februar 1915 die ersten zwei Kilogramm fertig wurden.⁶¹⁾ Ebenfalls Dr. Taute,⁶²⁾ der kurz nach Ausbruch des Krieges mit Dr. Schulze die Cinchonaanpflanzungen in Amani besuchte, hatte großen Anteil an der fast reibungslosen Chininversorgung der Truppe. Bei dem Besuch in Amani wurde mit dem Direktor Zimmermann abgemacht, daß die Produktion an Rinde gesteigert werden solle. Außerdem veranlaßte Taute, daß sämtliche Vorräte im Lande sichergestellt und die Kampagne gegen Malaria in Dar-es-Salaam und Tanga abgebrochen würde. Daneben wurde der Gebrauch von Chinin für kommerzielle Interessen begrenzt und jede Anstrengung unternommen, die Cinchona-Kulturen zu vergrößern, wenn es auch wahrscheinlich war, daß der Krieg entschieden sein würde, bevor die neuen Pflanzen ausgewachsen wären. Schon zu Anfang des Krieges hielt Dr. Taute es für richtig, Anordnungen, für die Vorratshaltung von Chinintabletten und Rinde an zentralen Plätzen, zur Hauptsache in Korogwe, Kilossa und dem Hauptsanitätsdepot in Morogoro, zu treffen.

Schulze selbst, auch nach englischer Ansicht⁶³⁾ ein Wissenschaftler von hervorragenden Qualitäten, startete auf Grund von Instruktionen,⁶⁰⁾ die Meixner ihm über den Gouverneur zukommen ließ, eine zweite Chinchonakultur in Mpwapwa, wo er ebenfalls eine Anlage zur Herstellung von Chinin in Betrieb setzte.⁶³⁾ In den "Berichten der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft"⁶⁴⁾ gab Dr. Schulze eine eingehende Beschreibung der "Chiningewinnung in Mpwapwa-Kilossa während des Feldzuges in Deutsch-Ostafrika", aus dem sich zusammenfassen ergibt:

Nach Schätzungen dürften damals die Gesamtbestände an Chinin in Privatbesitz zusammen mit den 270 kg des Sanitätsdepots ca. 500 kg betragen haben. Zuerst hielt man diese Menge für ausreichend und glaubte nicht, daß man auf die Cinchonakulturen des Landes, von denen 3.000 kg Succirubrarinde transportbereit lagerten, zurückgreifen mußte. Mehr aus Privatinteresse begann Dr. Schulze im September 1914 damit, aus im Sanitätsdepot vorhandenen Ledgeriana-Rinden mit gutem Erfolg Chinin herzustellen. Diese Versuche bekamen Anfang Januar ein praktisches Interesse, als entgegen

61) U. S. Post, 9 (1915), 27. Februar: Chininfabrikation.

62) CLYDE (1962), 49.

63) Siehe Anmerkung 61: "Wie wir erfahren, soll, von diesen Arbeiten ausgehend, die Chininbereitung in Amani auch noch durch weitere Anlage in Mpwapwa unterstützt werden. Das kann sich nur das Serkal (Kiswaheliwort für Regierung) leisten. Ein Privatmann würde lieber die Fabrikation da erweitern, wo bereits die Anlage besteht und der Rohstoff liegt.

Außerdem wurde in Amani noch ein Whiskysatz aus Mais hergestellt, der der Truppe vorbehalten war."

64) SCHULZE (1919), 486 - 504.: "Die Chiningewinnung in Mpwapwa-Kilossa während des Feldzuges in Deutsch-Ostafrika in Berichten der Deutschen-Pharmazeutischen Gesellschaft."

allen Erwartungen die Bestände des Sanitätsdepots schon auf weniger als ein Fünftel zusammengeschmolzen waren, wenn dies auch teilweise darauf zurückzuführen war, daß sich mehrere Truppenteile über Bedarf eingedeckt hatten. Da die Situation trotzdem bedrohlich zu werden schien, ging man an die Verarbeitung der gelagerten Rinde. In Mpwapwa standen Räumlichkeiten des Veterinärinstitutes zur Verfügung, aus Privatbeständen wurden Säuren aufgekauft und anstatt des an sich notwendigen Ätznatrons wick man auf Ätzkalk aus, der in verbleteten Blechgefäßen von Tanga aus versandt wurde. Anfang Februar trafen 1200 kg *Succirubra*-Rinde, die in Morogoro in einer Schrotmühle gepulvert worden waren, ein, und es wurde sofort mit der Extraktion nach dem Gegenstromprinzip begonnen. Das gewonnene Rohalkaloidgemisch zeigte eine auffallend geringe Ausbeute im Vergleich zu der bei den Versuchen verwendeten Rinde, es ergab sich nur ein Prozentgehalt von 2 - 3 % Chinin. So wurde es notwendig, die Extraktion auf erheblich breiterer Basis durchzuführen, wozu Bottiche aus Eichenholz mit einem Fassungsvermögen von 60 Litern dienten. Insgesamt wurde Rinde in 80 - 100 Fässern und 50 Glasballons angesetzt, 1 kg Rinde auf 12 Liter Schwefelsäure (0,3 %). Das Verfahren, Niederschläge mit Ätzkalk zu erzielen, mußte später aufgegeben werden, da dieser einen zu geringen Gehalt an Calciumhydroxyd aufwies. Es konnte glücklicherweise inzwischen beschaffte Natronlauge zur Anwendung kommen. Zum Umkristallisieren des Rohsulfats löste man entsprechende Mengen in größerem Emailletöpfen und kochte unter Zusatz von Tierkohle, die nach Verbrauch des verfügbaren Vorrats aus Blutkuchen, wie er bei der Herstellung von Rinderpestserum in Mpwapwa anfiel, gewonnen wurde. Mit Rücksicht auf die wider Erwarten geringe Ausbeute an Chininsulfat kam Dr. Schulze bald auf den Gedanken, auch die Nebenalkaloide aus den Mutterlaugen als Fiebermittel nutzbar zu machen. Diese, denen stets ihrer Darstellungsweise entsprechend eine gewisse Menge Chinin beigemischt blieb, kamen unter der Bezeichnung "Chinoidin" 65) in den Verkehr, waren aber nicht mit dem unter dieser Benennung im Handel erhältlichen Produkt zu vergleichen. Die therapeutische Anwendung dieses "Chinoidins" erfolgte in einer zehnprozentigen salzsauren Lösung, von denen 10 ccm einer Tagesdosis entsprachen. Dieses leicht aromatische Produkt kam vor allem bei den Eingeborenen, von denen es lieber genommen wurde, zur Anwendung und entsprach den gehegten Erwartungen vollauf. Ein Stabsarzt äußerte sich darüber in folgender Weise: "Die Leute waren durchschnittlich am nächsten Tage fieberfrei und ich habe kaum einen Fall gesehen, bei dem es noch zu einem zweiten Fieberanfall kam."

Die Produktion konnte mit dem steigenden Bedarf in dem Schutzgebiet Schritt halten. Da es ratsam erschien, in Zukunft chininreichere Rinden 66) zu verarbeiten, wurde auf Zusendung hochwertiger Materials geachtet. Nachdem von Mitte September 1915 an auch ein Posten von *Cinchona ledgeriana* zur Verfügung stand, gestaltete sich die Ausbeute, die anfangs kaum 10 kg überstiegen hatte, erfolgreicher. Sie kletterte auf 21 kg im Monat, wovon 18 kg als Chininsulfat vorlagen.

65) MORITZ (1962), 365.: "Die Gesamtheit der in den Mutterlaugen des rohen Chininsulfats enthaltenen Basen wird auch als Chinoidin bezeichnet und kommt als solches in Handel."

66) SCHULZE, Berichte der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (1919), 495.: "Nach dem Jahresbericht 1913/14 aus Amani, S. 85. setzten sich derartige Cinchonakulturen folgendermaßen zusammen:
 2143 Pflanzen *C. ledgeriana*, 10,55 % Chinin
 2675 " Hybriden von *C. ledgeriana* und *C. succirubra* mit 8,00 und 8,1% Chinin
 1020 " *C. robusta* mit 4,87 % Chinin
 3878 " *C. succirubra* mit 3,07 % Chinin."

Auf Anregungen Schulzes ordnete der Gouverneur im Januar 1916, als die Lage kritisch wurde, an, daß alle im Usambarabezirk vorhandenen Cinchonakulturen abgeerntet und die Rinde außerhalb des gefährdeten Grenzgebietes gestapelt werden sollte. Es erreichten daraufhin 1.400 Lasten ⁶⁷⁾ Chinarinde, die von den Privatpflanzungen Ngambo, Balangai, Ambangulu und Mazumbai stammten, die Zentralbahn.

Um die Ausbeute allgemein ergiebiger zu machen, verließ man die Methode der Säureextraktion und setzte die Alkaloide, die danach mit Alkohol herausgelöst wurden, mittels Alkalien in Freiheit. Aus dem organischen Lösungsmittel führte man mit dem Rest der Schwefelsäure, die knapp wurde, die Alkaloide in das Sulfat über. Für Mpwapwa sah man eine Neuanlage der gesamten provisorischen Einrichtung vor, doch mußte diese nach dem schnellen Vordringen des Feindes bei Konoa im April 1916 in Kilossa aufgestellt werden, wohin Anfang Mai der gesamte Betrieb aus Mpwapwa verlegt wurde. Durch das verspätete Eintreffen der in Dar-es-Salaam fertiggestellten neuen Extraktionsanlage konnte erst im Juni 1916 mit der Arbeit begonnen werden. Um die Apparatur auch auszunutzen, wurde ein unterbrochener Betrieb in achtstündigen Schichten eingerichtet, und dementsprechend das europäische Personal und die Zahl der farbigen Arbeiter vermehrt. Die ungestörte Tätigkeit in Kilossa war jedoch nur von kurzer Dauer. Da an einen Abtransport der neuen Anlagen auf Grund der Wegeverhältnisse nicht zu denken war, wurde eine vollständige Ausrüstung für die Säureextraktion zusammengestellt und nach Kissaki abgesandt. Die überraschende Schnelligkeit des feindlichen Vordringens ließen die Chininproduktion vollständig zum Erliegen kommen, überdies fielen das sowohl aus Kilossa fortgeschaffte Material und Gerät, als auch die aus Amani abtransportierte Fabrikationseinrichtung wenigstens zur Hälfte den Engländern in die Hände. Es gelang, nachdem man 1 1/2 Jahre den Chininbedarf decken konnte, glücklicherweise im letzten Augenblick, einige tausend Kilogramm Chinarinden und eine größere Menge von Säuren vor dem Feinde in Sicherheit zu bringen. Die Ergebnisse der Fabrikation in Mpwapwa - Kilossa beliefen sich auf 300 kg an Chininsulfat und Nebenalkaloiden."

Die Eigenherstellung des Chinins kam nicht nur der Truppe zu Gute, sondern es wurden auch Anforderungen der öffentlichen Apotheken, soweit diese noch arbeiteten, berücksichtigt, ⁶⁸⁾ so daß auch die nichtkämpfende Bevölkerung in ausreichendem Maße versorgt werden konnte. Um bei dem drohenden Mangel keine Preistreibereien zuzulassen, wurden in einem Runderlaß ⁶⁹⁾ die Preise für die Abgabe an Privatpersonen festgesetzt. So kosteten 10 Tabletten Chinin sulf. zu 0,5 gr. = 0,60 Rp. und 10 gr Chinoidin sulf. ebenfalls 0,60 Rp. Eine Versorgung der Privatpersonen mit Sanitätsmaterial aus amtlichen Beständen - hier in erster Linie mit Chinin - kam nur bis zu dem Zeitpunkt in Frage, an dem

67) Für eine Last muß durchschnittlich 20 kg aufgenommen werden.

68) SCHULZE, Berichte der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft (1919), 495.

69) AAz. DOA, 44 (1915), 4. August.

sich die Schutztruppe von der Zentralbahn zurückziehen mußte. Mit dem Rückzug hörte auch die Chininfabrikation auf, und die Versorgung der Schutztruppe gestaltete sich schwieriger. Man fand eine Lösung in Form eines flüssigen Chininpräparates.

"Dieses hatte einen verteufelten Geschmack und wurde unter dem Namen "Lettow-schnaps" zwar ungern, aber doch mit Nutzen für den Patienten getrunken." 70)

Als Grundlage dieses Arzneimittels dienten die geretteten Chinalinden, über deren Verarbeitung Dr. Schulze später sinngemäß berichtete: 71)

"Zunächst war an die Verwendung der Rinden in Form von Dekokten gedacht, welche die Verbrauchsstellen, besonders Eingeborenenlazarette und Truppensanitätsdienststellen in Standquartieren, sich selbst zubereiten sollten. Dieser Plan ließ sich nicht durchführen, und so fertigte man die Abkochungen im Sanitätsdepot an. Dies geschah in der Weise, daß je 30 g. mittelfein gepulverter Rinde mit 250 g. Wasser und 2,5 g. verdünnter Schwefelsäure in einem unbeschädigten Emailletopf eine halbe Stunde lang in gelindem Sieden gehalten wurde. Nach dem Kolieren und nochmaligen Auskochen des Rückstandes wurden die vereinigten Kolaturen eingedunstet und mit Salicylsäure versetzt. Eine Tagesdosis Chininersatz bestand aus 30 ccm Dekokt, in dem gut 1 g. Chininbasen enthalten waren. Gegen Ende 1917 mußte man statt der Schwefelsäure Essigsäure verwenden, doch ergaben sich hier Schwierigkeiten hinsichtlich der Löslichkeit des Chininacetats. Wenn es sich auch bei der geschilderten Verwendungsart nur um einen Ersatz handeln konnte, so wurden diese Abkochungen doch mit befriedigendem Erfolg angewendet. Da Flaschen zum Abfüllen größtenteils als Isolatoren für die Feldtelegraphenleitungen Verwendung fanden, wurde eine Ersatzlösung in den Früchten des Affenbrotbaumes, deren Fruchtfleisch und Samenkerne man entfernte, gefunden."

Selbst unbehandelte, nur gepulverte Chinarinde kam zur Anwendung; 30 g. in vier Portionen zu je 7,5 g. entsprachen einer Tagesdosis. 72) In seinen Erinnerungen 73) zollte General von Lettow-Vorbeck dem Sanitätswesen höchstes Lob:

"Das ärztliche und Apothekenpersonal hat das Menschenmögliche getan, um die Truppe gesund und lebensfähig zu halten. Die hohe Anpassungsfähigkeit des Sanitätsdienstes und das erforderlichen Haushalten mit den primitiven verfügbaren Mitteln dient umso mehr Anerkennung, als gerade der Sanitätsdienst ursprünglich unter den Verhältnissen des Tropenklimas mit Recht daran gewohnt war, mit seinen Beständen etwas frei zu wirtschaften."

70) LETTOW-VORBECK (1920), 172.

71) SCHULZE (Pharmazeutische Zentralhalle) (1919), 335-336.

72) Mitteilung Dörffel.

73) LETTOW-VORBECK (1920), 172.

8. Kapitel

SCHICKSALE DEUTSCHER APOTHEKER UND APOTHEKEN NACH DEM ENDE DER KAMPFHANDLUNGEN

Bis auf verzezelte Ausnahmen mußten alle Deutschen und die Angehörigen verbündeter Mächten nach 1918 das Land verlassen. Der Rest der Schutztruppe verließ zusammen mit über 200 deutschen Kindern, Frauen und Zivilisten am 17. Januar 1919 an Bord des von den Engländern requirierten Schiffs "Feldmarschall" der Deutsch-Ostafrika-Linie Dar-es-Salaam.¹⁾ Von den ehemals in der Kolonie ansässigen Apothekern kehrte niemand wieder nach Ostafrika zurück; alle versuchten sie, in Deutschland eine neue Existenz zu begründen. Nach dem Kolonialschadengesetz konnten sie in begrenztem Umfang Entschädigung für ihren persönlichen Besitz wie Haus, Waren und Einrichtung erwarten. Schwieriger gestaltete sich dagegen die Frage der ihnen gehörigen Apothekenkonzessionen.

Nach dem Friedensvertrag von Versailles war das Deutsche Reich verpflichtet, seine ehemals in den Schutzgebieten ansässigen Staatsangehörigen angemessen zu entschädigen. Hatte ein Apotheker seine Konzession verloren, so war das Reich laut Vertrag ersatzpflichtig. In der Folgezeit ergaben sich hierüber Schwierigkeiten mit den Verwaltungsstellen. Auf diesbezügliche Eingaben²⁾ an das Reichsfinanzministerium, das Reichsministerium für Wiederaufbau, das Wohlfahrtsministerium und an den Oberpräsidenten von Berlin erfolgte die Antwort, daß alle diese Stellen sich nicht in der Lage sähen zu helfen, da die Konzessionserteilung Sache der einzelnen Landesregierungen sei. Die Landesregierungen hingegen lehnten die Verantwortung für die Konzessionserteilung ab, weil die Entschädigung der Kolonialdeutschen eine Angelegenheit der Reichsregierung sei. Das Reich aber besaß kein "Reichsland" mehr. Um nun die Interessen der Konzessionsinhaber wahrzunehmen, veröffentlichte der Besitzer des Tabora-Magazins, C.F. Hatzig, einen Aufruf zur Gründung eines Interessenverbandes deutscher Kolonialapotheker.³⁾ Wenn sich C.F. Hatzig auch schon 1922 recht hoffnungsfreudig über eine zu erwartende Entschädigung geäußert hatte,⁴⁾ so dauerte es doch noch mehrere Jahre, bis die ersten Kolonialapotheker als Besitzer inländischer Apotheken

1) LETTOW-VORBECK (1920), 300 f.

2) HATZIG (1921), 1125. (Konzession des Kolonialapothekers)

3) HATZIG (1921), 623.

4) HATZIG (1922), 137.

erschienen. Auch machte man offensichtlich die Vergabe von Konzessionen nicht davon abhängig, ob der Apotheker Inhaber einer Konzession gewesen war oder als Angestellter in den Kolonien gearbeitet hatte.

W. Stietzel, Konzessionsinhaber der Reichsadlerapotheke, der schon verhältnismäßig früh in englische Gefangenschaft geraten war und nach Indien abtransportiert worden war, erhielt im Frühjahr 1928 die Konzession für die Südend-Apotheke in Kassel. Nach seiner 1921 erfolgten Entlassung hatte er in Frankfurt bei der Firma Dr. Fresenius Beschäftigung gefunden. Vor Erteilung der eigenen Konzession war er Mitinhaber der Weißfrauenapotheke in Frankfurt gewesen. Der frühe Tod W. Stietzels (gest. 1931) brachte für seine Familie erhebliche Schwierigkeiten, da die Apotheke verhältnismäßig hoch belastet war. Im Zweiten Weltkrieg wurde die Apotheke zerstört und in den Nachkriegsjahren wieder aufgebaut. Als Folge dieser Unglückskette gelang es dem Sohne Stietzels, der noch in Dar-es-Salaam geboren worden war, nicht, die Apotheke zu halten.

Ebenfalls im Jahre 1928 erhielt Walter Hochstetter, ehemals Mitarbeiter in der Elefantenotheke in Tanga, eine Konzession zum Betrieb der Bahnhofsapotheke in Tübingen. Mit erstaunlicher Rüstigkeit leitete er diese noch im Jahre 1966 selbst.

Als Anerkennung für seine Verdienste in Deutsch-Ostafrika erhielt Alfred Dörfel, Mitarbeiter in Lindi, 1934 die Berechtigung ⁵⁾ zur Errichtung einer Apotheke am großen Burstah in Hamburg. Doch mußte er diese wegen Schwierigkeiten in der Raumbeschaffung wieder zurückgeben. Statt dessen eröffnete er am 17. Januar 1936 eine Apotheke am Erdkampsweg in Hamburg und benannte sie Wissmann-Apotheke nach dem ehemaligen Reichskommissionar und späteren Gouverneur Deutsch-Ostafrikas. Am 1. April 1961 verpachtete er sie und machte in hohem Alter (geb. 1883) zwei ausgedehnte Reisen nach Tansania, wo ich mit ihm im Frühjahr 1965 zusammentraf. Ein Teil meiner Angaben, besonders persönlicher Art, gehen auf ihn zurück.

Willibald Müller, Besitzer der Elefantenotheke in Tanga, erhielt noch vor 1930 eine Konzession in Leipzig. Seine und die Spuren von C.F. Hatzig, der sich in den ersten Jahren nach Ende des Ersten Weltkrieges in Berlin aufhielt, von C. Held, G. Beyer und P. Schmidtgen verlieren sich in den unruhigen Zeiten zwischen und nach den Welt-

5) SCHMITZ (1965), 279.

kriegen.

Zur Übernahme und Auflösung des deutschen Besitzes wurde schon Anfang 1917 der englische Verwaltungsbeamte E. Adams zum Treuhänder, (Custodian of Enemy Property), bestellt.⁶⁾ Der Verkauf bzw. die Versteigerung der Häuser und Ländereien begann Anfang 1920 unter den Bestimmungen der öffentlichen Bekanntmachung "Disposal of Enemy Property",⁷⁾ und der ein Jahr später erlassenen amtlichen Verordnung über deutsches Eigentum "The German Property (Liquidation) Ordinance (1921)."⁸⁾ Zu den ersten Besitztümern, die im Mai 1920 öffentlich zur Versteigerung ausboten wurde, gehörten die Liegenschaften des Apothekers W. Müller in Tanga.⁹⁾ Die Apotheke selbst diente fortan als Warenhaus und wurde nach dem zweiten Weltkrieg abgerissen, um einem Gebäude der Standard-Bank Platz zu machen. Der Besitz W. Müllers in Arusha wurde 1921¹⁰⁾ und 1922¹¹⁾ öffentlich ausbezogen, während die Plantage¹²⁾ erst im darauffolgenden Jahr zur Versteigerung kam. Ein Teil der recht umfangreichen Liegenschaften von Karl Bretschneider kamen ebenfalls im Jahre 1921¹³⁾ zur Versteigerung, anderes im folgenden Jahr,¹⁴⁾ während Teile des Besitzes der Firma Bretschneider & Hasche sowie persönlicher Besitz von A. Hasche 1923 neue Eigentümer erhielten.¹⁵⁾ Im Falle Karl Bretschneiders kam es insofern zu einer unterschiedlichen Behandlung¹⁶⁾, als das meiste als Eigentum des Fiskus erklärt wurde, und entweder gar nicht oder nur unter bestimmten Auflagen versteigert wurde.

Die Reichsadler-Apotheke ging, wie fast der gesamte deutsche Besitz, in indische Hände über. Den Indern, die im Schutzgebiet wohnten, war von der englischen Regierung als Lohn für ihre Loyalität eine Bevorzugung im Falle der Veräußerung des Eigentums von Mitgliedern der ehemaligen Schutzmacht und deren Verbündete zugesagt worden.¹⁷⁾ Aus vorsichtigen Äußerungen alter Inder in Dar-es-Salaam glaube ich, schließen zu

6) TTOGaz. (1919/20), 6.

7) TTOGaz. (1920), Proclamation No. 3.

8) TTOGaz. (1922), 241.

9) TTOGaz. (1920), Government Notice No. 36 vom 27. May 1920. Unter No. 63 und No. 64 Liegenschaften W. Müller & Co.

10) TTOGaz. (1921), 27. No. 421.

11) TTOGaz. (1922), 241. No. 285.

12) TTOGaz. (1923), 716. No. 933.

13) TTOGaz. (1921), 27. No. 117, 559. No. 31-39, 35. No. 44.

14) TTOGaz. (1922), 241. No. 148.

15) TTOGaz. (1923), 449. No. 692, Nr. 704.

16) siehe unter 11.

17) Persönliche Mitteilung von Herrn Moloo, einem Inder, der 1966 Besitzer des Gebäudes der ehemaligen Reichsadler-Apotheke war und diese selbst ersteigert hatte. Über den Preis konnte ich nicht in Erfahrung bringen.

können, daß verhältnismäßig wertvoller Besitz geradezu verschleudert wurde.

Einigen deutschen Firmen gelang es später, sich an der Versteigerung ihres eigenen Besitzes zu beteiligen oder aber schon Veräußertes zurückzukaufen. Die Regierungsapothek e blieb in Besitz des Fiskus, wurde jedoch insofern zweckentfremdet, als sie in der ersten Zeit den englischen Ärzten Dr. Scott und Dr. Fischer als Wohnung diente.¹⁸⁾ Seit 1921 beherbergt sie nach einigen Umbauten die zentrale Zahnklinik (siehe Abbildung). Die Apotheken in Tabora und Ujiji kamen ebenfalls an Inder, die sie als Warenhäuser weiterbenutzten; lediglich die Lindi-Apothek e ging in englische Hände über.

Wesentlich günstiger für die Betroffenen und für die kontinuierliche Entwicklung des ehemaligen Schutzgebietes gestalteten sich die Verhältnisse in Deutsch-Südwestafrika, wo die deutsche Bevölkerung zwangsweise naturalisiert wurde. Seit Februar 1921 war der selbständige Betrieb einer Apothek e in Südwestafrika von einer Lizenz der Mandatsregierung in Windhuk abhängig. Den fünf deutschen Apothekenbesitzern, die schon vor 1914 im Lande ansässig waren, wurde diese erteilt, obwohl sonst die süd-afrikanische Approbation oder auch das englische Staatsexamen, das in den meisten englischsprachigen Ländern anerkannt wird, Bedingung ist. "The Medical, Dental and Pharmacy Act. 1928" gestattete den ehemals deutschen Apothekern sogar, sich durch approbierte deutsche Apotheker für unbeschränkte Zeit vertreten zu lassen. Denen, die eine der bestehenden Apotheken käuflich erwerben wollten, wurde die Lizenz bis zum 31. Dezember 1933 erteilt.¹⁹⁾

Es ist die Frage, ob sich Großbritannien nicht zu einem ähnlichen Schritt auch für Deutsch-Ostafrika hätte entschließen sollen. Für eine kontinuierliche wirtschaftliche Entwicklung Tansanias wäre das zweifellos von Vorteil gewesen; denn durch den neuerlichen Zuwachs an wirtschaftlicher Verantwortung wurden Englands Kräfte auf das Äußerste strapaziert. Andererseits ist es nicht verwunderlich, daß das Mandatsgebiet, das zudem noch in absehbarer Zeit der Selbständigkeit zugeführt werden sollte, nicht mit der gleichen Sorgsamkeit behandelt wurde, wie die benachbarte Kolonie Kenya.

¹⁸⁾ CLYDE (1962), 105.

¹⁹⁾ DAZ (1928), 69, 1021.: Nach dem Brief eines südwestafrikanischen Apothekenbesitzers (ohne Namensnennung).

Teil II

ENTWICKLUNG DES ARZNEIMITTEL- UND APOTHEKENWESENS IN TANGANYIKA (1918 - 1964)

1. Kapitel

FORMIERUNG EINES ZIVILEN SANITÄTSWESENS

In dem Maße, wie die Deutschen sich während des Feldzuges nach Süden zurückzogen, übernahmen die Engländer deren Einrichtungen. Wenn auf diese Weise auch adaequate Unterkunftsmöglichkeiten für Verwundete und Kranke gestellt werden konnten, so blieb die Versorgung mit Sanitätsmaterial für die vordringenden Truppen doch ein großes Problem. Schwierigkeiten stellten sich schon bald nach Verlassen ¹⁾ des Kilimandscharogebietes ein, da keine prophylaktischen Chinindosen mehr gegeben werden konnten; ²⁾ in Handeni gab es wenig später kaum noch Verbandmittel und Betten. Besondere Kritik ³⁾ löste die Tatsache aus, daß den vormarschierenden englischen Truppen kein höherer Sanitätsoffizier beigegeben war, und der Direktor des Sanitätswesens im Jahre 1916 nicht einmal die Front besuchte. Jüngere Sanitätsoffiziere waren nicht in der Lage, ein Sanitätswesen auf Divisionsebene zu koordinieren. Dies stand in scharfem Kontrast zu den deutschen Verhältnissen, wo jeder Sektionskommandant in Begleitung eines Oberstabsarztes reiste. Auch waren die deutschen Ärzte ohne Zweifel besser für ihren Dienst in den Tropen ausgerüstet als die englischen. ⁴⁾ Zu den Versorgungsschwierigkeiten bemerkte schon 1915 Dr. Wilson: ⁵⁾ "Man soll es nicht glauben, doch schon in diesem frühen Stadium des Krieges wurde auf eine Anforderung von Bandagen aus dem Feldsanitätsdepot vom Armee-Sanitätsdepot zur Antwort gegeben, es sei nichts mehr vorhanden." 1917 verschickte das Sanitätsoberkommando der englischen Truppen ein Rundschreiben ⁶⁾ an die Sanitätsoffiziere, in dem deren Aufmerksamkeit auf die unter den Truppen grassierende Krätze gerichtet wurde: "Die gewöhnliche Behandlung geschieht mit Schwefelsalbe; doch, wie auch immer, es ist keine Schwefelsalbe vorhanden und deswegen möchten die Ärzte - die Seite wurde begierig gewendet, um das neueste über die Behandlung zu erfahren - ihre Erfindungsgabe benutzen." Am 20. Juli 1917

1) Daten siehe Anhang X.

2) CLYDE (1962), 66.

3) CLYDE (1962), 69.

4) Persönliche Meinung Dr. F. Clydes.

5) CLYDE (1962), 59.

6) CLYDE (1962), 91.

schrieb Dr. Scott:⁷⁾ "Wir erhalten derart wenig Medikamente, daß dieselbe Lotion für mehrere Patienten benutzt werden mußte." Da es ferner nicht immer erkennbar war, in welchem Ausmaß man es mit Simulanten zu tun hatte, die an dem so wertvollen Medikamentenvorrat partizipierten, führte Dr. Williams in Dodoma eine Mixtur⁸⁾ aus Castoröl, Paraffin und Chinin ein, die alle Ersteingelieferten zunächst einmal einnehmen mußten. Wer sich danach zur Weiterbehandlung meldete, wurde als wirklich krank aufgenommen.

Die Versorgungsschwierigkeiten rührten daher, daß man in keiner Weise darauf vorbereitet gewesen war, 250.000 Soldaten und fast 1 Million Träger medizinisch zu betreuen. Ähnlich wie in den übrigen deutschen Schutzgebieten hatte man wohl auch in Ostafrika gehofft, mit einem vergrößerten Expeditionskorps auszukommen, und die Führung hatte keineswegs mit einem Krieg größeren Ausmaßes gerechnet. Zudem besaß niemand Erfahrung mit einer derartigen Truppenkonzentration in den Tropen. General von Deventer bemerkte dazu in einem Telegramm⁹⁾ an das Kriegsministerium in London: "Der Kriegsschauplatz war vielleicht der schwierigste, auf welchem irgendein größerer Truppenkörper jemals gekämpft hat, und als ein Test rein menschlichen Durchhaltevermögens werden die Operationen in Ostafrika unter den Feldzügen auf dieser Erde einen hohen Rang einnehmen." In ähnlicher Weise äußerte sich Dr. Moffat,¹⁰⁾ ein Neffe Livingstones: "Vom medizinischen als auch vom kriegstechnischen Standpunkt aus war unser Unternehmen in Ostafrika gerade so schwierig wie es sein konnte. Dies wurde nicht nur durch die Tatsache bedingt, daß die wichtigsten Sanitätsvorräte an der Front knapp wurden, sondern daß auch unsere Fälle an Malaria und Dysenterie die Fälle durch den Kampf überschatteten." Nach Meinung des Generals Smuts hingegen schienen die Deutschen gegen all die Krankheiten, mit denen sich die Engländer abzuplagen hatten, immun zu sein.¹⁰⁾

Die Einrichtung¹¹⁾ eines zivilen Sanitätswesens begann am 10. März 1917 mit der Ankunft von Dr. A.E. Horn, der in Tanga als vorläufiger Senior Medical Officer sein Hauptquartier einrichtete und seine Arbeit unter großen Schwierigkeiten aufnahm. Wenig später, am 2. Juli 1917, kam ihm Dr. W. A. Lamborn zur Hilfe und eröffnete eine Am-

7) CLYDE (1962), 88.

8) CLYDE (1962), 83.

9) CLYDE (1962), 98.

10) CLYDE (1962), 67.

11) An. Med. Rep. (1918-1920), Introduction.

bulanz für Regierungsangehörige und die Bevölkerung von Tanga. Mit der Behandlung der englischen Verwundeten waren in Tanga zu dieser Zeit im wesentlichen noch deutsche Ärzte beschäftigt.¹²⁾ Nachdem Dar-es-Salaam besetzt worden war, mußten die englischen Verwundeten vorerst mit einer Unterbringung im Hotel "Kaiserhof"¹³⁾ vorlieb nehmen, da im Regierungskrankenhaus nur Deutsche unter der Betreuung von Dr. Gichler, Arzt bei den Deutsch-Ostafrika-Linien lagen. Den Engländern kam allerdings schon bald ein von indischen Maharadjas ausgestattetes Hospitalschiff zu Hilfe. Allmählich jedoch gingen sämtliche Hospitäler des Landes in die Regie des zivilen Sanitätswesens über. Das letzte militärische Hospital, Morogoro, schloß im Januar 1919 seine Pforten. Auch der letzte Sanitätsoffizier in Dar-es-Salaam, Dr. Clemesha, legte um diese Zeit seine Arbeit in zivile Hände.¹⁴⁾ Allerdings entstand bald insofern eine Schwierigkeit,¹⁵⁾ als man nicht wußte, ob England in der Friedenskonferenz Tanganyika zugesprochen würde, und viele englische Sanitätsoffiziere ob dieser Unsicherheit der Verhältnisse das Land verließen. So konnte es geschehen, daß zeitweise nur noch neun Ärzte das ganze Gebiet versorgten. Viele Stationen, wie z.B. Bukoba, mußten ungenügend ausgebildeten Unterassistentenärzten oder sogar medizinischen Hilfskräften überlassen werden. Dies änderte sich glücklicherweise schnell, so daß 1921 wieder 54 Ärzte¹⁶⁾ im Lande praktizierten.

Der erste Jahresbericht¹⁷⁾ des englischen Medizinalreferats äußerte sich über den Zustand der deutschen Hospitäler und Laboratorien recht anerkennend, bemängelte jedoch, daß die sanitären Einrichtungen nicht auf modernem Stand seien, was ganz allgemein für das Schutzgebiet zuträfe. Auf Grund alter deutscher Pläne schlug man einen weiteren Ausbau des Vorhandenen vor. In einigen Gegenden mußten sogar neue Hospitäler errichtet werden, wie z.B. 1922 in Bukoba, wo das ehemalige Krankenhaus Sitz der Verwaltung geworden war.¹⁷⁾ 1924 wurde das Hospital in Kondoa unter Dr. C. H.

12) CLYDE (1962), 56.

13) CLYDE (1962), 70.

14) CLYDE (1962), 78.

15) CLYDE (1962), 105.

16) An. Med. Rep. (1921), Staff.

17) CLYDE (1962), 114.

Tichborne¹⁸⁾, einem Arzt-Apotheker aus Kenya, erweitert und 1925 erfolgte in Mpwapa die Wiederaufnahme der Produktion von Vaccinen.

Die Zahl der Ärzte nahm bis zum II. Weltkrieg beständig zu (1939 waren es 226¹⁹⁾); bis 1945 erfolgte ein Rückgang auf 158.²⁰⁾ Doch 1950 praktizierten bereits wieder 265 Ärzte²¹⁾ im Mandatsgebiet. Das Medizinalreferat, das nach der Unabhängigkeits-erklärung in das Gesundheitsministerium verwandelt wurde, ließ sich in der ehemaligen Villa des Naturforschers und stellvertretenden Gouverneurs von Deutsch-Ostafrika, Dr. Franz Stuhlmann, nieder. In diesem schloßartigen Gebäude erhielt auch der "Chief-Pharmacist" seine Amtszimmer.

18) KLATT (1966), 80.

Dr. C. R. Hobart Tichborne war Lizenziat der "Apothecaries Hall of Ireland" und eröffnete um 1914 eine Apotheke in Kenya. Nach Auseinandersetzungen, ob er als Arzt dazu berechtigt sei, wurde ihm 1916 die offizielle Genehmigung erteilt. Nach Rücksprache durften derartige Lizenziaten sich als allgemeine Praktiker niederlassen und dazu ein Geschäft unterhalten, in dem es ihnen erlaubt war, Arzneimittel zu verkaufen und nach Rezept zuzubereiten. Durch die Kriegsergebnisse kam Tichborne nicht mehr dazu, von dieser Genehmigung Gebrauch zu machen.

19) An. Med. Rep. (1938), Staff.

20) An. Med. Rep. (1945), Staff.

21) An. Med. Rep. (1950), Staff.

2. Kapitel

ENTWICKLUNG DER APOTHEKEN- UND ARZNEIMITTELGESETZGEBUNG

A.) ABLEITUNG DES RECHTS ZUR GESETZGEBUNG IN TANGANYIKA

Schon im Laufe des Jahres 1917 wurde in dem Teil nördlich der Zentralbahn von den Engländern eine provisorische Zivilverwaltung unter Sir Horace Byatt eingerichtet. Ein Jahr später erfolgte dessen offizielle Ernennung zum Administrator des Territoriums. Nachdem Deutschland am 28. Juni 1919 auf seine überseeischen Gebiete verzichtet hatte, erhielt Byatt am 22. Juli 1920 den Titel Gouverneur¹⁾, und außerdem trat "The Tanganyika Order in Council"²⁾ in Kraft. Sie gab der englischen Verwaltung einen völkerrechtlich anerkannten Status und verlieh dem Gouverneur das Recht der Legislative. Aufgrund der Bedingungen des Versailler Vertrages kam Tanganyika 1922 als Mandatsgebiet unter internationale Aufsicht des Völkerbundes in die Obhut Großbritanniens als Mandatsmacht. Nach Artikel 22 (5) der "Convention of the League"³⁾ sollten die Mandatsgebiete unter Bedingungen verwaltet werden, die Gewissens- und Religionsfreiheit, Verbot von Mißbräuchen wie Sklaven-, Waffen- und Weinbrandhandel und die Verhinderung der Errichtung von Festungen, Heeres-, Luft- und Marinebasen sowie die Ausbildung von Eingeborenen im Waffendienst, (abgesehen von der Polizei und zur Verteidigung des Landes) garantierten und außerdem den Mitgliedern des Völkerbundes gleiche Möglichkeiten in Handel und Industrie wie der Mandatsmacht selbst sicherten.

Die "Tanganyika Order in Council" stützte sich auf "The British Mandate for East Africa"⁴⁾ vom 22. Juli 1922, dessen Artikel 3 besagte, daß die Mandatsmacht die volle Gewalt in der Legislative wie der Exekutive haben solle. Der Artikel 22 (5) der "Convention of the League" ging mit seinem letzten Absatz in den Artikel 7 des "British Mandate for East Africa" ein. In diesem heißt es sinngemäß, daß die Mandatsmacht allen Mitgliedern des Völkerbundes die gleichen Rechte in Bezug auf die Aneignung von Eigentum und die Ausübung des Berufes zuzusichern habe. Nur Regelungen betreffs

1) TTOGaz. (1920), 22. Juli.

2) Kabinettsorder, vom englischen König unterzeichnet. Als eine Art von Grundgesetz für das Mandatsgebiet anzusehen.

3) CHIDZERO (1961), 24.

4) CHIDZERO (1961), 259 f.

der öffentlichen Ordnung hätte man sich zu unterwerfen, und zwar in dem Maße, wie es von ihren eigenen Angehörigen beansprucht würde. Zudem sollte vollkommene Gleichheit in wirtschaftlicher, kommerzieller und industrieller Hinsicht und gleiches Recht für Kompagnien wie Gesellschaften, soweit sich diese mit dem Rechte irgendeines Staats des Völkerbundes in Übereinstimmung befänden, gelten.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das britische Mandatsgebiet in ein Treuhandgebiet der Vereinten Nationen übergeführt. An die Stelle des "British Mandate for East Africa" trat das "Trusteeship Agreement for the Territory of Tanganyika" ⁵⁾ vom 13. Dezember 1946. Die hierfür maßgeblichen Richtlinien gaben die Artikel 76 und 87, der "Charta of the United Nations". Artikel 5 des "Trusteeship Agreement" räumte der Verwaltungsmacht die volle Gesetzgebung, Administration und Rechtsprechung ein. Dazu kam, was besonders hervorzuheben ist, die Erlaubnis, Tanganyika mit angrenzenden Gebieten zu einer Zoll-, Finanz- oder allgemeinen Verwaltungsunion zusammenzuschließen. Letzteres führte zur Errichtung der "Common Services", in die die gemeinsame Verwaltung der Fluglinien, der Häfen, der Bahnen, der Post, einiger Institute usw. einging. Unglücklicherweise erwiesen sich nach den Unabhängigkeitserklärungen von Tanganyika, Uganda und Kenya die jeweiligen nationalen Interessen als stärker. Diese führten zu einem Rückschlag in dem so hoffnungsvollen Ansatz zu einem gemeinsamen Staat. Artikel 9 des "Trusteeship Agreement" stimmte im wesentlichen mit dem Artikel 7 der alten Mandatscharta überein und sicherte in diesem Falle allen Mitgliedern der Vereinten Nationen gleiches Recht der Berufsausübung zu.

Den beiden letzteren Artikeln (Artikel 9 des "Trusteeship Agreement" und Artikel 7 des "British Mandate for East-Africa") kommt besondere Bedeutung zu, da sie ihren Niederschlag in den Zulassungsbestimmungen für die einzelnen Berufe wiederfinden, so auch in der "Pharmacy and Poisons Ordinance" für Apotheker.

5) CHIDZERO (1961), 264 f.

B.) OPIUMGESETZGEBUNG

Gemäß der Internationalen Haager Konvention vom 23. Januar 1912 ließ der Administrator für Tanganyika unter dem 31. August 1920 die "Proclamation No. 24 of 1920: To restrict the use of Opium" öffentlich bekanntmachen.⁶⁾ Damit wurde eine diesbezüglich längere gesetzlose Zeit beendet, was bei der Suchtneigung unter der indischen und arabischen Küstenbevölkerung zweifellos sehr zu begrüßen war. Nach ihr durfte im Lande kein Opium angebaut (section 3) oder für das Rauchen geeignetes Opium eingeführt werden (section 4). Einzuführendes Opium durfte nur über See nach Tanganyika gelangen und war in bestimmten Depots an der Küste aufzubewahren (section 5 und 6.) Nur öffentlich registrierte Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker konnten die Erlaubnis erhalten, aus diesen Depots ihr Opium für medizinische und pharmazeutische Zwecke zu beziehen (section 9).

Diese später "The Opium Ordinance, 1920" genannte Bekanntmachung erfuhr am 29. Juni 1921 eine Ergänzung;⁷⁾ durch die der vage Begriff Opium präzisiert wurde. Listenmäßig wurden hier Opium, Morphinum, Heroin und Kokain, alle in ihren damals bekannten und gebräuchlichen Zubereitungsformen aufgeführt. Im selben Jahr bestimmte die Administration drei Depots zur Aufnahme der Opiate: in Dar-es-Salaam⁸⁾ das Hauptsanitätsdepot (Medical Stores) und in Tanga⁹⁾ und Lindi⁹⁾ die jeweiligen Krankenhausapotheken, die unter Leitung eines Arztes standen.

Nach der Genfer Konvention vom 19. Februar 1925 erwies es sich als notwendig, die bestehenden Gesetze im Hinblick auf suchterregende synthetische Produkte zu erweitern. Dies¹⁰⁾ geschah durch "An Ordinance to make further and better provision for the regulation of the importation, exportation, production, manufacture, sale and use of opium and of certain other dangerous drugs and substances." Hierin wurden außerdem bestimmte Formulare für ihren Export, Transit und die Vernichtung vorgeschrieben und die Bestimmungen auch auf den Luftverkehr ausgedehnt.

Die Genfer Konvention vom 13. Juli 1931 stellt die Grundlage für zwei weitere Änderungen dar. Der Erlass der "Dangerous Drugs Ordinance" und der "Dangerous

6) TTOGaz. (1920), I, No. 31.

7) TTOGaz. (1921), 284 f.

8) TTOGaz. (1921), 308.

9) TTOGaz. (1921), 385.

10) TTOGaz. (1928), 5 f.

Drugs (Amendment) Ordinance" erfolgte ¹¹⁾ 1932. Sie enthielten eine wesentliche Verschärfung der Strafbestimmungen, da sich erwiesen hatte, daß die früher angeordneten zwölf Monate Gefängnis den illegalen Opiumhandel nicht in Schranken halten konnten. Eine Strafe bis zu 1.000 Pfund oder 10 Jahre Haft bzw. beides gemeinsam hielt man daher für angebracht. Die "Ordinance to consolidate the Law regulating the Importation, Exportation, Production, Manufacture, Sale and Use of Opium and of Certain other Dangerous Drugs and Substances, and to make further and better provision for the control of the external trade in dangerous drugs" vom 12. Juli 1935, ¹²⁾ brachte die Opiumgesetzgebung, abgesehen von einigen kleineren Zusätzen ¹³⁾ mehr formalen Inhalts, zu einem vorläufigen Ende. In diesem, kurz "The Dangerous Drugs Ordinance, 1935" genannten Gesetz verdient besonders der Teil VI, "Control of External Trade", in dem die Bestimmungen für den Export, Import und Transitverkehr und für die Veränderung und Vernichtung der Opiate niedergelegt sind, Beachtung. Für die Zukunft sorgte man insofern vor, als es dem Gouverneur anheimgestellt wurde, jede ihm suchterzeugend erscheinende Substanz, aber auch jede Droge, die zu einem Opiat gemacht werden kann, unter dieses Gesetz zu stellen.

Die Opiumgesetzgebung insgesamt hatte ihre Formulierung zuerst in Großbritannien erfahren und war, ohne ihren Inhalt zu verfälschen oder zu verwässern, auf die Belange des Mandatsgebietes Rücksicht nehmend, in formaler Weise abgeändert worden bzw. die bestehende Gesetzgebung wurde mit der in Großbritannien herrschenden in Übereinstimmung gebracht. ¹⁴⁾

C.) "THE PHARMACY AND POISONS ORDINANCE"

Während der Zeit, die Tanganyika von England verwaltet wurde, erhielt es dreimal eine neue pharmazeutische Gesetzgebung. Den Anfang machte die "Proclamation No. 25 of 1920: A Proclamation to Regulate the Sale of Drugs and Poisons.", die am 31. August

¹¹⁾ Ordinance No. 28 of 1932.

¹²⁾ Tanganyika Ordinances (1935), 59 - 80.: 1965 noch in Kraft.

¹³⁾ Government Notice (1935), No. 104.

Government Notice (1938), No. 49.

Government Notice (1938), No. 50.

Government Notice (1948), No. 103.

¹⁴⁾ KOGaz. (1932), 1208.

1920¹⁵⁾ in Kraft trat. Dieses später "Drugs and Poisons Ordinance No. 25 of 1920" genannte Gesetz basierte¹⁶⁾ auf der "Ordinance to Regulate the Sale of Drugs and Poisons No. 20 of 1909"¹⁷⁾ des zu dem Zeitpunkt noch gemeinsam verwalteten East Africa Protectorate, später Uganda und Kenya. Das hervorstechendste Merkmal dieser Verordnung war, daß dem Beruf des Apothekers keinerlei selbständige wirtschaftliche Basis geboten wurde. Nur drei Funktionen blieben ihm vorbehalten:

- 1.) Er war allein berechtigt, Arzneimittel auf ein Rezept eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes abzugeben. Hierüber mußte Buch geführt werden.
- 2.) Nur er durfte Arzneimittel in Defektur und Rezeptur zubereiten.
- 3.) Ihm oblag es, Gifte wie Arsen, Zyanverbindungen, Opiate und Alkaloide, die in einer Tabelle aufgeführt waren, abzugeben. Hierüber sollte er ein Giftbuch führen.

Als besonders ungünstig für die künftige Entwicklung der Arzneimittelversorgung über die Apotheke sollte es sich erweisen, daß der Verkauf von Patentmedizinen - dies waren Heilmittel, meist aus Indien, bei denen Herkunft, Wirkung und Inhaltsstoffe dubios blieben - Markenartikeln und homöopathischen Mitteln, soweit sie in der Aufmachung abgegeben wurden, in der sie in das Mandatsgebiet gelangten, praktisch jedem Händler erlaubt war. Einzige Bedingung war, diesen Artikeln eine Gebrauchsanweisung beizugeben. Auch Krankenpflegeartikel, Kräuterpräparate, Medizinische Wässer und einfache, allgemein gebräuchliche Medikamente durfte jedermann feilhalten. Von dieser, für deutsche Verhältnisse ungewohnt liberalen Verordnung, machten in der Folgezeit fast ausschließlich indische Händler Gebrauch.

Mochte auch in den zwanziger Jahren die Bedeutung des Handels mit Markenartikeln noch gering gewesen sein, so änderte sich dieses bald. Im Interesse der Öffentlichkeit¹⁶⁾ mußte man daher daran denken, die pharmazeutische Gesetzgebung zu straffen. Zugleich benutzte man diese Gelegenheit, die Gesetzgebung mit derjenigen Englands in Übereinstimmung zu bringen. So wurde "Pharmacy and Poisons Act. 1933, of the United Kingdom" das Muster für die Neucodifizierung der entsprechenden Verordnungen

15) TIOGaz. (1920), 175.

16) NATEF: J 17: P 26193, 19. September 1935: Questions connected with the Pharmacy and Poisons Ordinance.

17) KOGaz. (1910), 303-310.

im Mandatsgebiet.¹⁸⁾ Dies geschah am 22. April 1937 mit der "Ordinance to make better Provision for the control of the Profession of Pharmacy and the Trade in Drugs and Poisons."¹⁹⁾ Abgesehen von mehreren Bestimmungen über Registrierung der Apotheker und deren Qualifikation, Strafandrohungen bei Zuwiderhandlungen und Kontrolle der Apotheken sind als wichtigste Neuerungen drei Punkte hervorzuheben:

- 1.) Die Einführung eines "Pharmacy and Poisons Board."²⁰⁾
- 2.) Die listenmäßige Erfassung und Unterteilung der Medikamente und Gifte nach ihren Inhaltsstoffen. Teil I dieser Liste enthält stark wirkende Arzneimittel, die sich im wesentlichen mit den verschreibungspflichtigen in Deutschland decken und nur gegen Rezept abgegeben werden dürfen. Teil II führt in der Gruppe A) Arsen-, Phosphor- und andere Verbindungen auf, die zur Hauptsache im Bergbau und in der Landwirtschaft benutzt werden, sowie hochprozentige Säuren, und unter B) niedrigprozentige Alkaloidzubereitungen, u.a. aber auch Codeintabletten und Opium in zweiprozentigen Präparaten zum äußerlichen Gebrauch. Gifte des zweiten Teiles der Liste konnten auf Antrag von sogenannten "Licensed Sellers of Poisons" verkauft werden.²¹⁾
- 3.) Das Verbot des Verkaufs von Spezialitäten, soweit diese Stoffe der Giftliste enthalten. Zu diesem Zweck wurden alle damit handelnden Personen und Gesellschaften aufgefordert, im Zweifelsfalle ihre Spezialitäten dem Gouvernementsapotheker vorzulegen, der über die Zulässigkeit des Handels mit ihnen befinden würde.²²⁾ Gerade diese letzte Bestimmung führte zu einem Sturm der Entrüstung unter den indischen Kaufleuten und wurde von ihnen als reine Schikane seitens der Engländer betrachtet.

18) NATEF:J 17: P 26193, 19. September 1935.: Unter 3.: The Acts relating to pharmacy and poisons in the United Kingdom have recently (1933) been consolidated and brought up to date, and this legislation has been drafted so as to apply the provisions of the Pharmacy and Poisons Act, 1933, of the United Kingdom to the conditions obtaining in this country. It has been designed to ensure that the pharmacists employed by the business firms operating in this Territory who hold the English qualification of M.P.S. will not have to learn an entirely new procedure when they enter the Territory.

19) Laws of Tanganyika (1937), No. 1 of 1937.

20) siehe Kapitel 4.

21) TTOGaz. (1937), 506.: Certain persons, not being registered pharmacists, may be licensed to sell the poisons set out in part II of the Poisons List. Such poisons consist of articles in common use or likely to come into common use for purposes other than the treatment of human ailments. The licensing authority for this purpose in the Provincial Commissioner to whom applications should be made.

Die "Pharmacy and Poisons Ordinance, 1937" wurde als ein Vorbild für ganz Britisch-Ostafrika, Nyassaland (Malawi) und Nordrhodesien (Zambia) angesehen.²³⁾ Es dauerte allerdings noch fünf Jahre, bis in Kenya eine ähnlich fortschrittliche Gesetzgebung erlassen werden konnte.²⁴⁾

Die recht stürmische Entwicklung der pharmazeutischen Industrie nach dem zweiten Weltkrieg und das vermehrte Auftreten von Importhäusern, die Vertretungen für große europäische Firmen wie Bayer, Höchst, Schering, Merck, Ciba, Geigy, Hofmann La Roche und andere übernahmen, machte es erforderlich, die bestehenden Gesetze häufiger zu ergänzen und zu erweitern.²⁵⁾ Um einmal eine gewisse Ordnung und Übersichtlichkeit zu gewährleisten und zum andern drei grundsätzliche Neuerungen einzuführen, trat 1962 die "Ordinance to make better provision for the control of the profession of Pharmacy and the trade in Drugs and Poisons, No. 25 of 1959" in Kraft.²⁶⁾

Zwar wurde diese Verordnung schon 1959 veröffentlicht, doch brauchte es noch drei Jahre bis die dazu gehörende "Poisons List" fertiggestellt worden war, und so wurde ihr erst mit ziemlicher Verspätung Gesetzeskraft verliehen. Diese Verordnung bildet den vorläufigen Abschluß der pharmazeutischen Gesetzgebung in Tanganyika. Sie stimmt fast wörtlich mit der Ugandas und Kenyas²⁷⁾ überein. Die Neuerungen bestehen

Es wird hier zwar angegeben, daß die im Teil II der Liste aufgeführten Mittel nur für einen anderen Gebrauch als am Menschen gedacht seien, doch erhebt sich dann die Frage, wozu Codeintabletten, Belladonna Alkaloide und Chloralhydrat, als zum inneren Gebrauch aufgeführt, dienen sollen.

TTOGaz. (1940), 35.: Die "Poisons List" selbst trat erst am 3. Januar 1940 in Kraft.

22) TTOGaz. (1937), General Notice No. 448.

23) NATEF: J 17: P 26193.: Brief des "Chief Secretary" aus Lusaka (Zambia) an Pharmacy and Poisons Board" in Tanganyika vom 9. April 1937: The lines on which the Bill has been cast, appear to meet all necessary requirements for a uniform model Poisons Ordinance to apply throughout the East African Territories, Nyassaland and Northern Rhodesia, and it is hoped that similar legislation will be introduced in this country during October Session of the legislative Council.

24) KoGaz. (1942), 359 - 366.: The Pharmacy and Poisons Ordinance, 1942.

25) TTOGaz. (1940), 192.: "The Poisons List (Confirmation) (Amendment) Order, 1940." TTOGaz. (1946), Government Notice No. 194.: "The Poisons List (Amendment) Order, 1946."

TTOGaz. (1947), Government Notice No. 191.: "The Poisons List (Amendment) Order, 1947."

TTOGaz. (1940), Government Notice No. 8.: "The Poisons Rules, 1940."

TTOGaz. (1947), Government Notice No. 209.: "Poisons (Amendment) Rules."

TTOGaz. (1947), Government Notice No. 171.: "The Pharmacy and Poisons (Prohibition of Importation of Human Abortificients) Order, 1947."

26) Laws of Tanganyika (1959), No. 25 of 1959.

27) Laws of Uganda (1964), Chapter 273.: "The Pharmacy and Poisons Act."

- 1.) in einer Änderung der Zusammensetzung des "Pharmacy and Poisons Board", wodurch die Apotheker mehr Gewicht erhielten,
- 2.) in der Verpflichtung der Großhandlungen, die in Ostafrika zugleich die Im- und Exportfirmen darstellen, einen Apotheker einzustellen, sofern sie Arzneimittel mit Inhaltsstoffen des Teil I der "Poison List" verkaufen wollen, und
- 3.) in der Einführung einer Importerlaubnis für die Einfuhr von Arzneimitteln aus Kenya und Uganda.

Von den Bestimmungen der Apothekerverordnung blieben die Regierungshospitäler und Ambulanzen ausgeschlossen. Wenn sich auch nicht alle Wünsche der Apothekerschaft hatten erfüllen lassen, so war man in Ostafrika doch ein wesentliches Stück weitergekommen als in Südrhodesien, wo den Ärzten noch ausdrücklich ein Selbstdispensierrecht²⁸⁾ zugestanden worden war.

D.) ARZNEIBÜCHER

Die englischen Arzneibücher²⁹⁾ hatten Gültigkeit im gesamten "British Empire". Auch nach der Unabhängigkeitserklärung Tanganyikas wurde diese nicht angetastet. Demzufolge galten dort folgende drei Arzneibücher:

- 1.) British Pharmacopoeia, 2.) British Pharmaceutical Codex und 3.) British Veterinary Codex.

Um diesen Arzneibüchern einen allgemein verbindlichen Charakter auch unter den erschwerten Bedingungen der Tropen zu verleihen, wurden aus London Schreiben²⁹⁾ an die verschiedenen Kolonialverwaltungen geschickt, denen eine Liste der vorgesehenen Substanzen und Zubereitungen beigelegt war. Die jeweiligen Gouvernementsapotheker wurden aufgefordert, ihre Meinung zu äußern und eventuell Mittel zu streichen oder neue hinzuzufügen. Abweichend von anderen englischen Kolonien, aber in Übereinstimmung mit dem Status als Mandatsgebiet unter der Oberhoheit der Vereinten Nationen, gilt in Tanganyika noch die Pharmacopoeia Internationalis. Neben diesen offiziellen Arzneibüchern führte man im Juni 1953 ein sog. "Tanganyika Formulary" ein.

Laws of Kenya (1963), Chapter 244.: "The Pharmacy and Poisons Ordinance."

28) Laws of Southern Rhodesia (1953), Chapter 215.: "The Pharmacy and Poisons Act."

29) NATEF: J 17: P 26193, 28. April 1945.: Brief aus der "Downing Street" an das Gouvernement in Dar-es-Salaam.

Dieses Buch trug halbamtlichen Charakter und war gedacht, den Regierungsärzten als Leitfaden zur wirtschaftlichen Verschreibungsweise zu dienen.³⁰⁾

Das "Tanganyika Formulary" wurde ohne jedwede Änderung aus Uganda übernommen, wo es als "Uganda Formulary" die "Uganda Pharmacopoeia" aus dem Jahre 1928 ersetzt hatte. Im Vorwort³¹⁾ zur ersten wird ausgeführt, daß es geschaffen worden sei, um den Grunderfordernissen der Hospitäler und Ambulanzen zu genügen; es stünde zu hoffen, daß Arzneimittel, die darin nicht enthalten seien, nur im äußersten Notfall angewandt würden. Darüberhinaus sei von der Möglichkeit zu substituieren mit Ausnahme einiger Zweifelsfälle abgesehen worden. Teure Mittel hätte man rigoros da vermieden, wo billigere gleiche Dienste täten. Abgesehen davon sollten teure Mittel nur dann verordnet werden, wenn eine klare Indikation dies zwingend vorschreibe. Selbst bei einer manifesten Vitaminmangelkrankung habe man von der Verschreibung eines Vitaminsirups abzusehen und dafür die Diät der Kranken zu ändern. Auch Leberpräparate seien teuer und nichts spreche dafür, daß der gewöhnlich bei Afrikanern vorkommende Typ der Anaemie auf die Lebertherapie anspräche. Darüberhinaus wurde daran erinnert, daß die Ärzte allzu häufig vergäßen, Arzneimittel wieder abzusetzen. Um die Arzneimittelabgabe zu erleichtern, sollten wo immer möglich, Tabletten und Pulver anstatt von flüssigen Mitteln angewendet werden. Das hätte außerdem noch den Vorzug, ihren Transport zu erleichtern und zu verbilligen.

Man sah sich nicht zuletzt zu diesen Maßnahmen wohl auch deshalb gezwungen, weil von 1950 bis 1953 der Anteil des Haushaltes des Medizinalreferats³²⁾ am Gesamthaushalt von 7,7 % auf 9,6 % gestiegen war, und man damit nicht mehr umhin konnte, sich einzuschränken.

E.) DER UNKONTROLLIERTE HANDEL MIT PATENTMEDIZINEN

In den Sitzungsberichten³³⁾ des "Pharmacy and Poisons Board" beschäftigte man sich im Dezember 1946 mit den indischen Arzneimitteln und kam zu dem Schluß, daß es im Augen-

30) NATEF: J 17: P 34940, 18. November 1953.: Brief des Acting Director Territorial Medical Headquarters Dar-es-Salaam.

31) Medical Department Circular No. 14/57/56 vom 10. Juni 1953.

32) An. Med. Rep. (1950 - 1953), Financial.

33) NATEF: J 17: P 34940, 4. Dezember 46.: Minutes of the Pharmacy and Poisons Board.

blick noch nicht wünschenswert wäre, die Einfuhr dieser Mittel, soweit sie ungiftig seien, zu verbieten. Allerdings berichtete der Gouvernementsapotheker schon damals, er habe Schwierigkeiten, den wahren Charakter der indischen Medikamente festzustellen. Demzufolge forderte man in Zukunft vom Importeur einen Nachweis über die Identität der verwendeten Inhaltsstoffe und darüber, in wieweit diese mit den Erfordernissen der Pharmacopoeia Britannica übereinstimmen.

1951 wurden Klagen über die Vertreibung eines Syphilismittels laut und festgestellt, daß die gegenwärtige Gesetzgebung nicht ausreiche, auch diesem Treiben zu begegnen. Man beschloß, dem mit dem Erlaß einer "Pharmacy and Poisons (Control of Patent Medicines) (Amendment) Order" vom 9. November 1951 zu begegnen,³⁴⁾ die verschärfte Strafbestimmungen gegenüber der "Pharmacy and Poisons (Control of Patent Medicines) Order" vom 5. September 1947 brachte. In der letzteren Verordnung waren lediglich Import, Herstellung und Verkauf irgendwelcher geheimer Patent-, Marken- oder homöopathischer Präparate, die zum Abort führen könnten, verboten worden.³⁵⁾

Immer wieder versuchten indische Händler, die Bestimmungen zu umgehen und brachten um 1950 ein Allheilmittel mit dem Namen Haki yaka heimlich an die Küste Tanganyikas und Kenyas.³⁶⁾ Dieses Haki yaka sollte unter anderem gegen Durchfall, Magenverstimung, Husten, Influenza, Erkältung, Mundverletzungen, allgemeine Körperschwäche, Haut-, Ohr- und Zahnkrankheiten, Kopfschmerzen, Verletzungen, innere Krankheiten, Schlangenbiß, geschwollenen Bauch bei Säuglingen, Gelbfieber und Erbrechen wirken. Für die einzelnen Krankheiten war jeweils nur eine andere Dosis des als Tropfen mit Wasser innerlich oder äußerlich anzuwendenden Mittels vorgesehen. Auf einer gemeinsamen Besprechung der Leiter der Medizinalreferate wurde Einstimmigkeit darüber erzielt, daß es nicht im Interesse der Öffentlichkeit sein könne, den Verkauf derartiger Panazeen, deren pharmakologischer Wert äußerst zweifelhaft sei, zuzulassen. Eine in den drei ostafrikanischen Territorien gleichzeitig erlassene Verordnung³⁷⁾ untersagte den weiteren Handel mit den Patentmedizinen Haki yaka, Ya Hakika und Sabaganga.

34) NATEF: J 17: P 26193, 4. Mai 1951.

35) TTOGaz (1947), Government Notice No. 171.

36) NATEF: J 17: P 34940, 13. Mai 1952.: Extract from Conference of Directors of Medical Services.

37) TTOGaz (1952), Government Notice vom 28. Februar.: The Pharmacy and Poisons (Prohibition of Importation, Manufacture and Sale of certain proprietary preparations) Order, 1952.

Die Überwachung des Handels mit Arzneimitteln obliegt seit einem nicht mehr genau definierbaren Zeitpunkt dem obersten Gouvernementsapotheker, der diese Funktion auf einem "Inspector of Drugs" delegieren kann. Angesichts der Tatsache allerdings, daß im Jahre 1952 noch sieben Apotheker bei der Regierung angestellt waren, 1965 aber nur noch drei und der "Chiefpharmacist" unter diesen Umständen zu viele Funktionen allein wahrzunehmen hat, ist eine echte Kontrolle des Arzneimittelhandels bei den weiten Grenzen und dem bunten Völkergemisch des Landes nicht gewährleistet.

3. Kapitel

PHARMAZEUTISCHE INSTITUTIONEN

A.) PHARMACY AND POISONS BOARD ¹⁾

Die "Ordinance to Regulate the Sale of Drugs and Poisons (No. 20 of 1909)" sah zwar für Kenya ²⁾ schon ein "Pharmacy Board" vor, doch bestand dessen Aufgabe allein in der Prüfung von auswärtigen Apothekern, die sich in Kenya niederlassen wollten. Da man von einer derartigen Prüfung später absah, ging dieser Passus auch nicht in die "Proclamation (No. 25 of 1920)" ein. Erst mit der "Pharmacy and Poisons Ordinance (No. 1 of 1937)" bekam Tanganyika eine Institution amtlichen Charakters, die hinsichtlich allgemeiner Pharmazie und Gift handel tätig werden sollte. In Paragraph 3 heißt es:

"Der Gouverneur soll eine Institution, genannt "Pharmacy and Poisons Board", gründen, die aus nicht mehr als fünf Personen, von denen der Leiter des Medizinalreferats den Vorsitz führt und dem außer zwei Personen nach dem Ermessen des Gouverneurs ein registrierter Arzt und ein registrierter Apotheker angehören sollen, besteht. Diese Institution soll aus ihren Reihen einen Registrar wählen, der die Befugnisse und Pflichten auf Grund der Weisungen der Institution wahrnimmt."

Dies führte am 11. Mai 1947 zur Bekanntmachung ³⁾ der Zusammensetzung des ersten Pharmacy and Poisons Board. Es waren:

- 1.) Director of Medical Services (Vorsitzender)
- 2.) The Solicitor General
- 3.) Dr. S. B. Malik
- 4.) Mr. H.M.W. Nicolson (Gouvernementsapotheker)
- 5.) Mr. W. Tomlinson (Leiter der Niederlassung von Howse - Mc George in Dar-es-Salaam)

Damit setzte sich diese Institution aus zwei Ärzten, zwei Apothekern und einem Juristen zusammen, wobei die Vertreter der Regierung mit drei Stimmen überwogen, außerdem konnte der Leiter des Medizinalreferats ein entscheidendes Votum abgeben. Diese Zusammensetzung wurde bis 1957 beibehalten. Mit der "Pharmacy and Poisons Ordinance (No. 25 of 1959)" änderte sie sich insofern, als sich die Gesamtzahl der

¹⁾ Für diese Institution gibt es in Deutschland kein Pendant. Man übersetzt wohl am besten mit "Ständige Kommission für die Belange der Pharmazie und der Gifte."

²⁾ EAPOGaz. (1910), 304.

³⁾ TTOGaz. (1937), 11. Mai.

Mitglieder auf sieben erhöhte. Von den neu hinzutretenden Persönlichkeiten sollte einer Leiter des veterinärmedizinischen Referats und der andere ein nicht der Regierung angehörender Apotheker sein. Zugleich wurde in dieser Verordnung die Zusammensetzung, wie sie bisher üblich war, für verbindlich erklärt. Wenn es auch nicht ausdrücklich vorgeschrieben war, so übte dennoch der Gouvernementsapotheker von Anfang an die Funktion des Registrars aus. Diese bestanden zur Hauptsache in der Erfassung sämtlicher Apotheker und Apotheken und seit 1954 auch der Großhandlungen Tanganyikas.⁴⁾ Das "Pharmacy and Poisons Board" erteilt auf Antrag Betriebserlaubnisse für Apotheken und Großhandlungen und entscheidet über die Zulassung von Apotheken sowie über alle Fragen, die im Zusammenhang mit der Pharmazie auftauchen. Darüberhinaus stellt es⁵⁾ die "Poisons List" zusammen und schlägt, soweit nötig, Ausführungsbestimmungen, als Erklärung für die jeweiligen Apothekerverordnungen vor. Nachdem die "Poisons List" und die Ausführungsbestimmungen (Poisons Rules) 1938 zum ersten Mal⁶⁾ herausgegeben wurden, wurde es für die Zukunft außerdem ständige Aufgabe des Board, auch an der "Pharmacy and Poisons Ordinance" mitzuarbeiten, um diese möglichst den modernsten Erfordernissen anzupassen.⁷⁾

4) TTOGaz. (1954), 19. März: Zum ersten Male erscheinen unter diesem Datum die Großhandlungen als registriert im Amtsblatt.

5) NATEF: J 17: P 34 940, 10. November 1939: Memorandum des "Pharmacy and Poisons Board."

6) TTOGaz. (1938), Supplements No. 2 and 3 vom 14. Oktober 1938.

7) Daß in den ehemaligen englischen Kolonien nicht überall gleiche Verhältnisse bestehen, zeigt sehr eindrucksvoll die "Pharmacy and Drugs Act, 1961" von Ghana. Hier heißt die Institution nur kurz "Pharmacy Board" und hat neun Mitglieder. Die Aufschlüsselung ergibt:

1.) The Chief Pharmacist (Vorsitzender)

2.) ein Rechtsanwalt, ernannt vom Gesundheitsminister

3.) der Leiter der pharmazeutischen Abteilung des Kumasi College of Technology

4.) ein praktischer Arzt, nominiert vom Leiter des Medizinalreferats

5.) ein praktischer Arzt, nominiert von der Medizinischen Gesellschaft Ghanas.

6.) ein Internist, ernannt vom Gesundheitsminister

7-9.) drei Apotheker, nominiert von der Pharmazeutischen Gesellschaft Ghanas.

Es besteht also ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Apothekern und Berufsfremden. Ähnlich liegen die Verhältnisse in Uganda, dessen Apothekenverordnung im großen in Übereinstimmung mit Kenya und Tanganyika erlassen worden ist. Nach ihr sollen vier Apotheker und vier Ärzte (1 Tierarzt), aber kein Jurist, ernannt werden. In Südrhodesien haben sogar drei Apotheker Sitz und Stimme im Medical Council.

B.) THE PHARMACEUTICAL SOCIETY OF EAST AFRICA

Die Pharmaceutical Society geht auf das Jahr 1912 zurück, als die Pharmazeutische Gesellschaft von Großbritannien einen Brief an das "Pharmacy and Poisons Board" in Kenya mit der Bitte richtete, eine ähnliche Gesellschaft zu bilden, um so eine Kontaktaufnahme zu ermöglichen.⁸⁾ Diese Pharmazeutische Gesellschaft von British-East-Africa ging infolge der Ereignisse des 1. Weltkrieges ein und wurde erst 1926 als Pharmazeutische Gesellschaft von Kenya wiedergegründet. Auch diese Gesellschaft sollte dem folgenden Kriege zum Opfer fallen. Im Mai 1952 gründete sich, an die vorhergehenden Gesellschaften anknüpfend, die Pharmazeutische Gesellschaft von Ost-Afrika erneut. Sie sah ihren Zweck vor allem darin, Dumpingpreise, wie sie von einigen Apotheken gemacht wurden, zu verhindern, stattdessen allgemein verbindliche Preislisten in Ostafrika aufzustellen und die pharmazeutische Gesetzgebung zu beeinflussen.⁹⁾ Der Versuch, die Mitgliedschaft aller registrierpflichtigen Apotheker für verbindlich zu erklären, schlug indes fehl.¹⁰⁾ Die Gesellschaft setzte sich aus den Mitgliedern der drei Untergesellschaften in den ostafrikanischen Territorien zusammen. Zu praktischer Arbeit kam es aber nur in Nairobi, wo 1954 auch das "Pharmaceutical Journal of East Africa" ins Leben gerufen wurde.

1961 entschied sich Uganda, eine eigene Gesellschaft zu gründen, was wohl damit begründet werden muß, daß man sich dort durch die Apotheker Nairobis bevormundet fühlte. Außerdem gab es in Uganda im Gegensatz zu Kenya und Tanganyika afrikanische Apotheker, die die Neugründung einer eigenen Pharmazeutischen Gesellschaft beeinflußt haben dürften. In Kenya und Tanganyika ignorierte man anfangs diesen Bruch, aber am 13. September 1964 entschloß man sich, wieder eine Pharmazeutische Gesellschaft von Kenya ins Leben zu rufen. Am 14. April 1965 unterbreitete man von Kenya aus den anderen Gesellschaften einen Vorschlag zur Bildung einer "Association of Pharmaceutical Societies in East Africa." In Uganda ging man jedoch auf diesen Vorschlag nicht weiter ein, während die Mitglieder in Tansania sich bereit erklärten, stillschweigend die Linie Kenyas zu verfolgen.

8) KLATT (1966), 81.

9) Auskunft von George Cruikshank, Apotheker bei Howse McGeorge in Nairobi.

10) Ministry of Health of Kenya: Minutes of the Pharmacy and Poisons Board vom 11. Dezember 1961.

Doch muß hierbei erwähnt werden, daß die tansanische Gesellschaft als solche zu diesem Zeitpunkt völlig unorganisiert war und nicht über einen funktionsfähigen Vorstand verfügte.

So kann von einer einheitlichen "Pharmazeutischen Gesellschaft von Ostafrika" nur in den Jahren von 1952 bis 1961 gesprochen werden. Aber auch damals trugen die Apotheker Nairobis die Hauptlast der im Interesse aller geleisteten Arbeit.

4. Kapitel

APOTHEKER IN TANGANYIKA ¹⁾

(siehe Anhang VI)

Die Zulassung zu dem Beruf des Apothekers regelte die jeweils gültige "Pharmacy and Poisons Ordinance." Unter drei verschiedenen Voraussetzungen konnte und kann man sich als Apotheker niederlassen:

- 1.) Eine mit Erlaubnis erfolgte Niederlassung vor Inkrafttreten der Apothekenverordnung behält ihre Gültigkeit.
- 2.) Es ist glaubhaft nachzuweisen, daß man auch von der Pharmazeutischen Gesellschaft Großbritanniens zugelassen würde.
- 3.) -" is the holder of any pharmaceutical diploma which may be recognized for the time being by the Board as furnishing sufficient guarantee of the possession of the requisite knowledge and skill for the efficient practice of pharmacy."²⁾

Letztere Bedingung, die in allen drei Verordnungen vorkommt, verdient besondere Beachtung, da sie einzigartig unter den Apothekenverordnungen des britischen Kolonialreiches dasteht. Sie ist ein direkter Ausfluß des Artikels 22 (5) der "Convenant of the League."

Mit Sicherheit läßt sich für die Jahre 1918/19 in Tanganyika noch kein englischer Apotheker feststellen, zumal die Engländer im Heere keine Apotheker sondern meist sog. "Medical Storekeeper" beschäftigten. Doch aus der Tatsache, daß sich Thomas George Mc. Gowan und Robert Stobo unmittelbar nach Bekanntmachung der ersten Apothekerverordnung registrieren ließen, muß geschlossen werden, daß sie sich schon länger im Lande befanden. In der Tat kam R. Stobo schon als Offizier nach Tanganyika,³⁾ während Mc. Gowan⁴⁾ in den Besitz von englischen Heeresbeständen gelangte, was darauf schließen läßt, daß er schon unmittelbar nach Einstellung der Feindseligkeiten in Dar-es-Salaam gewesen sein muß. Im Juni 1921 gesellte sich zu ihnen Charles Douglas Dovey als Gouvernementsapotheker. Bis 1931 stieg die Anzahl der in Tanganyika tätigen Apotheker auf sechzehn; 1942 war ein Tiefstand von neun Apothekern zu verzeichnen, während von 1946 bis 1964 die Zahl auf 72 stieg. Allerdings gibt diese Zahl ein falsches Bild, da von 1959 an (einige taten es schon freiwillig ab 1957) auch

¹⁾ Die Angaben über die Apotheker beruhen auf den jeweils jährlich gemachten Eintragungen im Register aller Apotheker (register of pharmacists) im Gesundheitsministerium in Dar-es-Salaam bei "Chief Pharmacist."

²⁾ Pharmacy and Poisons Ordinance No. 25 of 1959, section 8c.

³⁾ CLYDE (1961), ⁴⁾ Ebd. 113.

die Großhandlungen Apotheker einstellen mußten. Diese Apotheker hatten sich zwar in dem ostafrikanischen Lande registrieren zu lassen, in dem sie Handel treiben wollten, waren aber nicht verpflichtet, dort auch ihren Wohnsitz zu nehmen.

Das führte in der Praxis dazu, daß sich viele Apotheker in allen drei Ländern hatten registrieren lassen, aber meist in Nairobi wohnten. So waren von den im Jahre 1964 registrierten Apothekern nur 52 in Tanganyika selbst seßhaft. Waren bis 1927 ausschließlich Pharmazeuten englischer Abstammung tätig, so tritt im darauffolgenden Jahr der erste Inder auf. Gulabrai Pargji Gandhi dürfte wohl auch der einzige nicht akademisch ausgebildete Apotheker gewesen sein, da er Inhaber einer Betriebserlaubnis nach dem "Zanzibar Druggist Decree 1927"⁵⁾ war. Er war damit auch zugleich der erste, der von der Möglichkeit, sich unter der dritten Zulassungsbestimmung der Apothekerverordnung registrieren zu lassen, Gebrauch machte. Gandhi blieb bis 1951 der einzige Inder, der sich registrieren ließ. Ab 1952 stieg ihre Zahl jedoch in schneller Folge bis auf 36 im Jahre 1964. 1960 waren unter den Apothekern, die ihren Wohnsitz in Tanganyika hatten, schon mehr Inder als Engländer. 1964 gestaltete sich das Verhältnis schon 36 zu 16. Ein Grund für das rapide Aufkommen der Inder war die Apothekenverordnung von 1937, die dem weitverbreiteten Handel mit Spezialitäten außerhalb der

5) Zanzibar Legislation (1927), 86.: A Decree to Regulate the Dispensing and Sale of Drugs and Poisons, No. 10 of 1927. section 6. No person shall be entitled to be registered under this decree as a druggist unless he is of the age of twenty-one years and upward and

4.) had, at the date of coming into operation of this Decree, been employed in the Protectorate for a period of not less than two years in the dispensing and compounding of drugs and poisons under the supervision of a registered medical practioner, or in the selling, dispensing and compounding of drugs and poisons in some shop kept by such person for that purpose.

5.) has actually been engaged and employed for a period of not less than two years as a dispenser or compounder to a registered medical practioner, or as an assistant to a druggist in this Protectorate or at any Government dispensary, and has succesfully passed an examination as here in after provided for.

Apotheke ein Ende setze. Der Krieg beschnitt die Möglichkeiten der Ausbildung, die nur außerhalb Tanganyikas vorgenommen werden konnten, da auch ein Praktikum in Ostafrika von der Pharmazeutischen Gesellschaft Großbritanniens nicht anerkannt wurde.⁶⁾ Bei den indischen Apothekern fällt auf, daß sie fast alle den gleichen Namen tragen, meist Patel, Amin oder Shah. Das läßt sich folgendermaßen erklären:⁷⁾

Indien ist in 14 Provinzen unterteilt. Eine von den ursprünglichen Provinzen ist Bombay, die später in die Provinzen Maharashtra und Gujerat zerfiel. Aus Gujerat kommen ca. 70 % aller Inder in Ostafrika, ursprünglich als Angestellte der Eisenbahn von den Engländern hereingeholt. Die Inder kennen vier Grundkasten:

- 1.) die Brahmanen, die die Tätigkeit der Erzieher und Priester wahrnehmen und als verantwortlich für alle kulturellen Angelegenheiten bezeichnet werden müssen = der Lehrstand.
- 2.) Die Kshatriyas, die Kriegerkaste = der Wehrstand.
- 3.) Die Vaishyas = der Nährstand.
- 4.) Die Kshudras = die Unberührbaren.

Die Familien der Patel und Amin stellen die Land- und Hauseigentümer dar, während die der Shah zu den Geschäftsleuten zählen, aber alle gehören sie zu dem Vaishyas. In Ostafrika teilten sich die Patels und Amin in eine Gruppe der Ärzte, Rechtsanwälte und später Apotheker, während sich eine andere als Geschäftsleute und Bauern betätigte. Die Shahs kamen über ihren Status als Geschäftsleute in die Pharmazie und einige wenige wurden Ärzte.

Außer Gandhi machte zwischen den Weltkriegen nur noch der deutsche Apotheker Hellmut Kuhlmann⁸⁾ am 17. Januar 1938 von der dritten Zulassungsbestimmung Gebrauch. Nach dem 2. Weltkrieg ließen sich in den Jahren 1954 bis 1957 Julius Wohl und von 1962 bis 1965 Peter Hoffmann⁹⁾ als deutsche Apotheker registrieren.

P. Hoffmann arbeitete in der deutschen Firma Jos. Hansen & Soehne (E.A.) Ltd.

H. Kuhlmann war in Tanga bei dem deutschen Drogisten Hausmann, der fast alle deutschen Arzneimittelfirmen außer Bayer vertrat, beschäftigt. Am 3. September 1939 war er von

6) Auskunft des "Chief Pharmacist" Amin im Gesundheitsministerium in Nairobi.

7) Private Mitteilung des Präsidenten der Pharmazeutischen Gesellschaft von Kenya, Mr. Amin.

8) H. Kuhlmann (1940), 266 f, 452 f.

9) Peter Hoffmann eröffnete nach seiner Rückkehr die Central-Apotheke in Raunheim (Groß Gerau)

den Engländern inhaftiert und nach einigen trüben Erfahrungen auf eigenen Wunsch nach Deutschland entlassen worden. Julius Wohl dagegen leitete in Dar-es-Salaam und Iringa öffentliche Apotheken englischer Besitzer.¹⁰⁾

Wenn P. Hoffmann auch in Tanganyika im Großhandel arbeitete, so galt für ihn nicht die Möglichkeit, diese Tätigkeit auf Kenya und Uganda, wie sonst üblich, auszudehnen, da er sich trotz Zulassung in Tanganyika nicht in den anderen Ländern registrieren lassen konnte. Eine andere Tatsache im Großhandel mag noch interessant erscheinen: In ihm sind kaum Inder beschäftigt, und heute noch sind die großen Firmen stark daran interessiert, europäische Apotheker einzustellen. Da aber Kenya und Uganda nur in England anerkannte Apotheker zulassen, herrscht ein großer Mangel an ihnen. Dadurch sahen sich einige Firmen gezwungen, trotz genereller Abneigung Inder zu beschäftigen.

Bis 1966 gab es in Tanganyika im Gegensatz zu Uganda noch keinen afrikanischen Apotheker, nur ein einziger befand sich in England zur Ausbildung.

10) Siehe Anhang VII unter Iringa.

5. Kapitel

"THE CENTRAL MEDICAL STORE" IN DAR-ES-SALAAM

An die Stelle der deutschen Regierungsapotheke trat während der englischen Mandatszeit das "Central Medical Store", ohne aber im Wesen mit dieser übereinzustimmen. Im Grunde genommen handelte es sich nur um ein Sanitätsdepot ohne Möglichkeit zur Defektur und Untersuchung der verschifften Materialien. Daher war es auch nicht nötig, dieses Depot von einem Apotheker als Arzneimittelfachmann leiten zu lassen. Im Report über das Medizinalwesen Ostafrikas findet sich im Jahre 1920¹⁾ dementsprechend nur ein "Medical Storekeeper" (Medizinischer Lagerverwalter) der etwa einem Versorgungsoffizier im Heer entsprechen dürfte. In späterer Zeit ist aus diesen Berichten nicht immer klar ersichtlich, ob die Leitung des Central Medical Store von einem Medical Storekeeper oder einem Apotheker wahrgenommen wurde. Doch dürfte letzterer bis 1954 die Funktion eines Medical Storekeepers ausgeübt haben²⁾, denn erst in diesem Jahre wurde ausdrücklich ein Cheflagerverwalter, Mr. V. C. W. Evans, bestellt, der den "Chief - Pharmacist"³⁾ P. J. Mackenzie von den verwaltungs-technischen Aufgaben entlasten sollte. Diese bestanden im wesentlichen darin, Sanitätsmaterial zu beschaffen und an die Regierungs- und Missionskrankenhäuser sowie an die "Dispensaries"⁴⁾ zu liefern.⁵⁾ 1961 wurde die Bezeichnung Cheflagerverwalter in "Supply Officer"⁶⁾ (Versorgungsoffizier) umgewandelt, doch die Oberleitung des Depots behielt nach wie vor der Chief-Pharmacist. Der erste Apotheker, der am 22. Juni 1921 in Tanganyika in dieser Eigenschaft registriert wurde, war Charles Douglas Dovey.⁷⁾ Ihm zur Seite stand seit dem 21. Februar 1923 Hugh William Hassard, der 1928 Doveys Nachfolge als leitender Apotheker antrat. Am 20. November 1925 stieß noch Walter Henry Jones zu diesem Team. Hassard wurde 1936 von Hugh M.W. Nickolson und dieser 1956 durch P. J. Mackenzie abgelöst; seit 1963 ist James Carey "Chief - Pharmacist".

1) An. Med. Rep. (1920), Staff.

2) CLYDE (1962), 170.

3) Für "Chief-Pharmacist" gibt es keinen entsprechenden deutschen Titel. Er ist im Kolonialdienst und auch bei den selbständigen afrikanischen Regierungen der Leiter der pharmazeutischen Abteilung des Medizinalreferats.

4) In den Kolonien gibt es die Armenapothek zur unentgeltlichen Abgabe von Arzneimitteln an die Afrikaner. Allerdings muß der Begriff hier etwas erweitert werden, da in der "Dispensary" darüberhinaus ambulante Behandlung vorgenommen wird; bei einigen größeren befinden sich sogar Betten zur stationären Behandlung. S. auch Kap. 6A.

5) In Kenya haben die "Central Medical Stores" vom Beginn bis heute unter der Leitung eines "Medical Storekeepers" gestanden.

6) An. Med. Rep. (1961), Staff.

Die Anfänge des englischen Sanitätsdepots verlieren sich, da weder im Archiv noch im Gesundheitsministerium Tansanias, aber auch nicht im Depot selbst das Datum seiner Errichtung ermittelt werden konnte, im Dunkeln. Auch über den Platz, an dem es sich in Dar-es-Salaam befand, bestehen Unklarheiten. Sicher ist nur, daß man nicht das vorhandene, gut ausgebaute deutsche Sanitätsdepot übernahm, sondern es scheint, daß man sich in der ersten Zeit ambulanter Heeres-Feldsanitätsdepots bediente. Clyde erwähnt für die späteren Jahre ein Gebäude, das dem heutigen Gesundheitsministerium gegenüberliegt. Auf jeden Fall wird schon 1924⁸⁾ von Schwierigkeiten in der Arzneimittelversorgung berichtet, da der zur Verfügung stehende Platz zur Vorratshaltung nicht ausreichte. Es wurden daher die "Crown Agents" in London angewiesen, die verschiedenen Sanitätsstationen und Hospitäler direkt zu beliefern, wodurch der Umschlag in Dar-es-Salaam vermieden würde. Der normale Weg war, die Anforderungen der einzelnen Stationen an das Sanitätsdepot zu schicken, das die Sendungen aus den Beständen zusammenstellte und per Eisenbahn, Auto oder Träger zum Versand brachte. Jegliches Sanitätsmaterial war bei den "Crown Agents" in Auftrag zu geben, die über öffentliche Ausschreibungen den Bedarf aller Kolonien bei englischen Firmen deckten. Von englischen Häfen aus kam dieses dann als Massengut an die verschiedenen Hauptsanitätsdepots zur Verschiffung.

1938⁹⁾ zog das Sanitätsdepot in ein neues Gebäude innerhalb der Eisenbahnlager um und bekam hier zusätzlich zwei Abteilungen. Eine für Reservesanitätsmaterial, die andere für brennbare Flüssigkeiten. In den Haushaltsplänen für 1951 wurde dem Bau eines eigenen Sanitätsdepots Vorrang verliehen und 1952 konnte das als Provisorium gedachte Bahnlager verlassen und die neuen Gebäude innerhalb des Komplexes der "Gouvernement Stores" an der Pugu-Road bezogen werden.¹⁰⁾ Dieser Neubau wies als wesentliche Neuerung einen Kühlraum auf, der vor allem wegen der seit 1946 eingeführten Antibiotika und wegen der Röntgenfilme, die in dem feuchttropischen Klima schneller verderben, nötig wurde. Hinzu kam eine Reparaturwerkstätte für medizinische Instrumente wie Mikroskope und Röntgenapparate. 1958 wurde noch ein Röhrensystem zur Brandlöschung installiert,¹¹⁾ während die Reparaturwerkstätte schon in den Jahren 1960/61 in das "Princess Margaret Hospital" verlegt wurde.

7) TTOGaz. (1921), 287.

8) An. Med. Rep. (1924), Central Medical Stores.

9) An. Med. Rep. (1938), Central Medical Stores.

10) An. Med. Rep. (1952), Central Medical Stores.

11) An. Med. Rep. (1958), Central Medical Stores.

Bis zur Weltwirtschaftskrise 1931 verfügte man im allgemeinen über genügend große Vorräte, um den Anforderungen nachkommen zu können, doch wurde von diesem Jahre an der Etat des Sanitätsdepots so stark beschnitten, daß man von den Reserven leben mußte und somit bis 1936 mehr ausgab als angelandet wurde. Um das "Rennen auf den Bankrott", das beinahe zum Erliegen der Arzneimittelversorgung des Territoriums führte, zu beenden, veranlaßte die Mandatsverwaltung ab 1937 ein neues System, das jeder anforderungsberechtigten Verwaltungseinheit eine gewisse Summe zugestand, in deren Rahmen Sanitätsmaterial angefordert werden konnte. Damit war die wirtschaftliche Verantwortlichkeit jeder Sanitätsstation selbst zugeschoben. Als Unterlage und Vergleichsmöglichkeit erhielten alle Stationen eine Preisliste zugesandt. Außerdem wurde es als notwendig erachtet, mindestens einen Jahresbedarf an Sanitätsmaterial für das Mandatsgebiet vorrätig zu halten. Um diesen aufbauen zu können, wurden 4000 Pfund als nicht abrufbare Reserve, es sei denn, eine dementsprechende Summe würde gleichzeitig bewilligt, und weitere 4000 Pfund als normale Reserve jährlich bereitgestellt. Damit hätte man bis 1941 eine Reserve im Werte von 22000 Pfund, die genügt hätte, den normalen Jahresbedarf der Stationen und Hospitäler zu decken, aufbauen können. Der Wert des jährlich verausgabten Sanitätsmaterials bewegte sich 1936 bis 1938 konstant um 18.700 Pfund, während sich der des Lagers 1936 auf ca. 10.000 Pfund und 1938 auf ca. 13.000 Pfund belief.¹²⁾

Zusammenstellung¹³⁾ einiger Arzneimittel, die 1938 in größeren Quantitäten ausgegeben wurden :

	ton	cwt. ¹⁴⁾	¹⁵⁾
1.) Acidum boricum		6	47
2.) Ammonium carbonatum		4	31
3.) Wismut-Natriumtartrat		2	36
4.) Carboneum tetrachloratum		4	92
5.) Eisen- und Ammoniumcitrat		4	4
6.) Glyzerin		9	20
7.) Seifenliniment		6	65
8.) Jodlösung	1	0	77
9.) Lysol		15	68

12) An. Med. Rep. (1938), Central Medical Stores.

13) Dem jährlichen Medizinalreport für 1938, 8 f entnommen.

14) Centweight, entspricht etwa einem Zentner (50,802 kg).

15) englisches Pfund (453,59 g).

	ton	cwt	ll
10.) Magnesium sulfat	8	13	53
11.) Oleum jecoris aselli		7	88
12.) Castoröl		11	52
13.) Medizinisches Paraffinöl		5	54
14.) Chinin bisulfat		6	13
15.) Tinct. Opii camph.		6	100
16.) Ungt. Ac. boricum		8	68
17.) Ungt. Sulphuratum		6	105
18.) Ungt. Zinc. oxyd.		10	92
19.) Emetinampullen	3.300 Stück		
20.) Chininampullen	5.464 "		
21.) Aspirintabl.	69.600 "		
22.) Chinintabl.	352.200 "		

Die Kriegsjahre überstand Tanganyika im wesentlichen ohne größere Schwierigkeiten und Verluste. Beklagt wurde nur, daß eine Sendung von Mikroskopen ¹⁶⁾ durch Feindeinwirkung versenkt worden war und man den Bedarf an Röntgenmaterial ¹⁷⁾ nicht decken konnte. Schon um einem evtl. Mangel vorzubeugen, veranlaßte man den "Chief - Pharmacist" Nickolson, seine Reserven zu vergrößern, indem er möglichst viele Präparate und Verbandzeug selbst herstellte ¹⁸⁾. So fabrizierten schon 1940 freiwillige Helfer ca. 40.000 Bandagen und falteten Chininpulver, wenn die Tabletten dem Ende zuzingen. Die "Uganda Sugar Factory" stellte den für pharmazeutische Präparate benötigten Alkohol unentgeltlich zur Verfügung; statt Nähseide benutzte man Sisal als Nahtmaterial. In diesen Jahren wurden allein an 300 "Rural Dispensaries" ¹⁹⁾ von den "Native Authorities" ²⁰⁾ unterhalten. Man machte es selbst im Kriege möglich, diese finanziell zu unterstützen. So durften sie ab 1941 ihren Sanitätsbedarf über das Sanitätsdepot beziehen und kamen damit in den Genuß eines über Ausschreibung gewonnenen Großhandelspreises. Ab 1942 waren auch die Internierungs- und Flüchtlingslager mit zu versorgen. ²¹⁾ Trotzdem erlaubte es die Gesamtsituation, die Methode der Zwangszuweisung 1943 aufzuheben, ²²⁾ da man Ende 1942 die obligate Reserve auf 8000 Pfund und das Lager auf 23.700 Pfund aufstocken konnte. Ende 1943 verfügte das

16) An. Med. Rep. (1942), Central Medical Stores.

17) An. Med. Rep. (1941/42), Central Medical Stores.(4)

18) An. Med. Rep. (1940), Central Medical Stores.

19) Buschambulanzen, siehe Kap. 6.

Mandatsgebiet über ein Gesamtlager von 47.500 Pfund.

Abgesehen von gelegentlichen Schwierigkeiten und Engpässen verlief die Arznei-
versorgung in den Jahren nach dem Kriege reibungslos. Von 1950 an konnte man
sogar wieder darangehen, eine neue Reserve aufzubauen. Das Verhältnis von Ein-
gang und Abgabe der Arzneimittel stellte sich in diesen Jahren folgendermaßen dar:²³⁾

Jahr	Eingang	Abgabe (in Pfund)
1954	111.663	96.479
1946	90.190	103.954
1947	75.057	85.735
1948	103.386	100.362
1949	138.960	116.742
1950	164.729	138.308

Ende 1950 betrug der Wert des Lagers 117.393 Pfund, was etwa einem Jahresbedarf ent-
sprach. Im darauffolgenden Jahre konnte sogar für 239.157 Pfund²⁴⁾ Sanitätsmaterial
in Empfang genommen werden, womit sich die Situation verhältnismäßig günstig stellte.
Dies änderte sich erst 1960/61, wo man wieder beginnen mußte, die Reserven anzugreifen,²⁵⁾
wahrscheinlich eine Folge der allgemeinen Beschneidung des Medizinalhaushaltes. Dieser
war in der ersten Hälfte der fünfziger Jahre im Verhältnis stärker als die Haushalte anderer
Referate angewachsen. Um 1958 sah man sich aber zu der Einsicht genötigt, daß das für
eine weitere Beschleunigung notwendige Geld nicht mehr aufgebracht werden könne.²⁶⁾
1961 fasste man daher als Ausweg den Plan ins Auge, Sanitätsmaterial durch öffentliche
Ausschreibungen, an denen sich vor allem die Großhandelsfirmen beteiligen konnten,
im Lande selbst einzukaufen.²⁷⁾ Derjenige, der den Zuschlag enthielt, mußte eine
adäquate Menge der ausgeschriebenen Arzneimittel vorrätig halten, um normale An-
forderungen auf Abruf erfüllen zu können. Ende 1962 waren die Vorräte bis auf ein
Minimum aufgebraucht, so daß man keine Möglichkeiten mehr sah, im Falle eines un-
vorhergesehenen Ereignisses zu helfen. Deswegen ging man 1963²⁸⁾ dazu über,
weitere Firmen im Lande als Lieferanten heranzuziehen, um auf diese Weise zu ver-

20) "Native Authorities" sind die Organe des von den Engländern eingeführten Systems
des "Indirect Rule". Sie treten 1928 zum ersten Mal in der Finanzierung des Gesund-
heitswesens auf und beteiligen sich mit 7 - 10 % an der Gesamtsumme.

21) An. Med. Rep. (1942), Central Medical Stores. (4).

22) An. Med. Rep. (1943), Central Medical Stores. (2).

23) An. Med. Rep. (1945-1950), Financial.

24) An. Med. Rep. (1951), Financial.

25) An. Med. Rep. (1960-61), Medical Stores.

meiden, Kapital in der Vorratshaltung des Sanitätsdepots zu binden. Die finanzielle Situation erlaubte es nicht einmal, einen Fünfmonatsbedarf, den man als Notwendigkeit anstrebe, vorrätig zu halten. Bei einem ungefähren Umsatz von 40.000 Pfund hätte das einem Wert von ca. 165.000 Pfund entsprochen; doch nur etwa die Hälfte war zu dieser Zeit vorhanden.

In diesen Jahren bereitete noch ein anderes Problem zusätzliche Sorgen. Einige Krankenhäuser gingen mehr und mehr dazu über, Arzneimittel, die über das Sanitätsdepot verrechnet wurden, im Lande selbst einzukaufen. Diese Gepflogenheit beruhte vor allem auf der Schwerfälligkeit der Depotorganisation, sich auf moderne Arzneimittel um- und einzustellen. Man wäre erst dann bereit, diese zu führen, wenn sich ihr therapeutischer Wert eindeutig erwiesen hätte. Ein anderer Grund lag in der Befolgung des schon vor dem Kriege geübten Grundsatzes, ein Mittel erst dann dem allgemeinen Gebrauch zugänglich zu machen, wenn für eine Krankheit kein schon vorhandenes Mittel existierte; oder aber es nur zuzulassen, wenn sich dadurch die Behandlung nicht verteuerte. Letzlich hatte das zur Folge, daß nicht der therapeutische Wert oder die Zweckmäßigkeit über die Anwendung eines Arzneimittels entschied, sondern der Preis. So konnte es geschehen, daß Schwefelsalben noch lange da angewendet wurden, wo z.B. Hormonsalben indiziert gewesen wären. Mit dieser Situation wollten sich vor allem die jüngeren Ärzte, die ihre Ausbildung durchweg an modernen ausländischen Universitäten erhalten hatten, nicht abfinden. Um diesem zu begegnen, beschloß man, daß auch derartige Arzneimittel in Zukunft über das Sanitätsdepot zu bestellen waren. Einmal wollte man damit den Brauch des Selbsteinkaufs weitgehend einschränken und zum anderen erhielt man die Möglichkeit, die Preise zu kontrollieren. Nur absolut dringende Arzneimittel dürfen seit 1963 von Zeit zu Zeit selbst beschafft werden, sofern ihr Wert sh 100/- nicht übersteigt. Schwierigkeiten mit dieser Regelung gab es vor allem bei den größeren Krankenhäusern. Innerhalb der Depotorganisation besteht eine "Standard Pricelist", die zugleich darüber Auskunft gibt, was geführt bzw. vorrätig gehalten wird. Ein "Pharmaceutical and Supplies Committee" entschied über die Einführung eines neuen Mittels, das dann in diese Preisliste aufgenommen wird. Der "Supply-Officer" hat die Vollmacht, bis zu 200 Pfund je Medikament in öffentlichen Apotheken einzukaufen. Über diesen Betrag hinaus muß das betreffende Arzneimittel ausgeschrieben werden.

26) An. Med. Rep. (1958), Introduction.
An. Med. Rep. (1961), Medical Stores.
28) An. Med. Rep. (1963), Medical Stores.

Konnte das Sanitätsdepot bis in die fünfziger Jahre je nach Auswirkung überregionaler Krisen den gestellten Anforderungen noch verhältnismäßig gut genügen, so war dies im Anfang der sechziger Jahre nicht mehr möglich. Es ist durchaus zu befürchten, daß die Depotorganisation auch in der Zukunft nicht flexibel genug sein wird, mit modernen Entwicklungen der pharmazeutischen Industrie Schritt zu halten. Das wichtigste Ereignis in der Arzneimittelbelieferung des Sanitätsdepots war die partielle Loslösung von den "Crown-Agents" in London. Damit konnten sich auch Firmen aus anderen europäischen Ländern einschalten, und zugleich wurde der Markt in Tansania, der in jeglicher Beziehung stark von der Regierungsseite bestimmt wird, damit interessanter. 1964/65²⁹⁾ wurden insgesamt 470.000 Pfund für Arzneimittel und Krankenpflegeartikel verausgabt, von denen 290.000 an Regierungsinstitutionen gingen; der Rest kam u. a. den Missionshospitälern zugute. Insgesamt waren 181 Hospitäler und 470 Dispensieranstalten zu versorgen.²⁹⁾ Um die englische Industrie, die sich zwar ebenso wie andere mit Angeboten an den Ausschreibungen beteiligen kann, nicht vollständig ins Hintertreffen geraten zu lassen, gewährt die britische Regierung dem ehemaligen Mandatsgebiet Darlehen für Käufe bei den "Crown Agents." Während für 1935 noch gesagt werden konnte, die Regierung sei wahrscheinlich der einzige Arzneimittelgroßhändler im Lande, änderte sich das ab 1955 entscheidend.³⁰⁾



Abb.22 Blick in das Sanitätsdepot (Medical Store) Dar-es-Salaam (1966).

²⁹⁾ An. Med. Rep. (1965), Medical Stores.

³⁰⁾ NATEF: J 17: P 34940, 6. Juni 1935: Aus einem Brief des Directors of Medical Services an den Chief Secretary in Dar-es-Salaam.



Abb. 23 "Medical Stores", afrikanische Hilfsarbeiter in der Versandabteilung.
(1965)

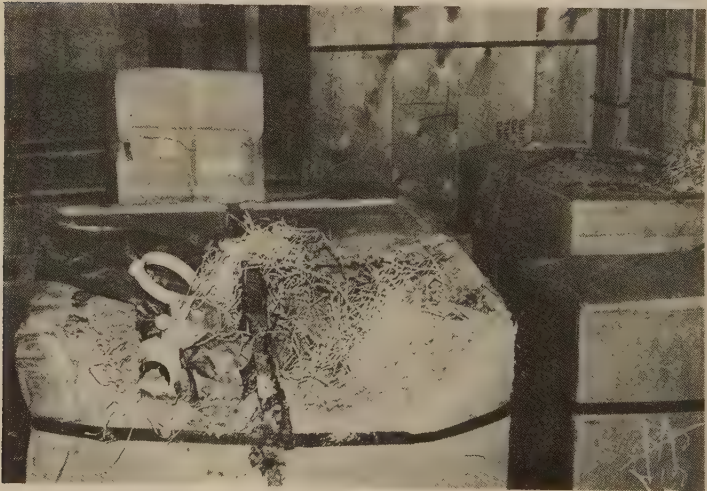


Abb. 24 "Medical Stores", Hilfssendung der UNICEF. (1965).

Das galenische Labor (Pharmaceutical Laboratory) im Central Medical Store:

Das ehemalige Analytische Laboratorium im deutschen Sanitätsdepot, das unter Leitung eines Apothekers gestanden hatte, wurde nicht weitergeführt, sondern nur das medizinische. In diesem nahm am 1. März 1919 der Sergeant Hammond die Untersuchungen wieder auf, die ein Jahr später unter der Leitung des Arztes G.G. Butler fortgeführt wurden. Seine Schwerpunkte bildeten Milch- und Wasseruntersuchungen.³¹⁾ Etwa 1927 erhielt das Medizinische Labor mit dem Chemiker Whitley eine chemisch-analytische Abteilung; 1933 ging ihre Leitung an den profilierten Chemiker Dr. W. D. Raymond über, der sein Interesse vor allem Forschungen über Pfeilgifte zuwandte. Bei seinen Untersuchungen der verschiedensten Drogen fand er u. a. allein in Tanganyika vier verschiedene Species der Rauwolfia. Daneben beschäftigte er sich mit Fragen der Ernährung z.B. dem Ernährungswert mehrerer Kassawaarten.³²⁾ Erst 1941 wurde das Chemische Labor aus dem medizinischen Bereich herausgenommen und unter Dr. Raymond eine eigene Abteilung errichtet.³³⁾

Ein eigentliches pharmazeutisches Labor wurde erst im Februar 1941 unter dem Druck der Kriegsereignisse durch den damaligen Gouverneur Sir Mark Young eröffnet.³⁴⁾ Schon 1940 war eine Anlage zur Herstellung von Präparaten, für die man die Ausgangsmaterialien im Lande besaß, errichtet worden. Im ersten Jahre ihres Bestehens produzierte sie unter Leitung des Assistenzapothekers R.S. Cayzer nicht weniger als eine Tonne Linimente, fast zwei Tonnen Salben und ca. eine halbe Tonne Tincturen. In den folgenden Jahren gestaltete sich die Arbeit dieser Abteilung des Sanitätsdepots recht zufriedenstellend. Der Wert der abgegebenen Produkte läßt sich an folgender Aufstellung ablesen:³⁵⁾

1943	3.294 Pfund	1947	7.025 Pfund
1944	4.090 "	1948	8.994 "
1945 ca.	5.000 "	1949	8.534 "
1946	5.592 "		

31) An. Med. Rep. (1918-20), Laboratory Services.

32) CLYDE (1962), 125, 139 f.

33) An. Med. Rep. (1941), Laboratory Services.

34) An. Med. Rep. (1941), Pharmaceutical Laboratory.

35) An. Med. Rep. (1943 - 1949), Pharmaceutical Laboratory.

In diesen Jahren ³⁶⁾ beschäftigte sich auch Dr. Raymond in erster Linie damit, Präparate aus dem Pharmazeutischen Labor, die Belladonna, Stramonium, Opium, Nux vomica oder Eisenchlorid enthielten, auf gleichbleibenden Standard hin zu untersuchen. Unter den anderen Arbeiten befanden sich Untersuchungen von Arzneimitteln, deren Beschriftung während des Transportes oder im feuchten Tropenklima abhanden gekommen war.

1953 wurde das Pharmazeutische Labor ebenfalls in den neuen Komplex des Sanitätsdepots verlegt und im Laufe des Jahres in Betrieb genommen; 1955 erfolgte die Installierung weiterer Maschinen. ³⁷⁾ Doch schon im darauffolgenden Jahr ³⁸⁾ vollzog sich mit der Gründung einer Kommission, die die Tätigkeit des Laboratoriums einer Prüfung unterziehen sollte, eine bedeutsame Wende. Das Ergebnis machte offenkundig, daß das Labor unter den bestehenden Bedingungen, verglichen mit den Herstellern in Großbritannien, ungünstig abschnitt, und die Preise, die man dem Sanitätsdepot in Rechnung zu stellen hätte, abgesehen von einigen wenigen Fällen höher waren als die der in Dar-es-Salaam angelandeten Produkte. Das führte zu einer umfassenden Reorganisation des Pharmazeutischen Labors mit dem Resultat, gewisse Präparate zu streichen, und die Gesamtkosten derart zu reduzieren, daß man glaubte, unter diesen Umständen die Produktion einer begrenzten Anzahl von Präparaten rentabel gestalten zu können. Damit verringerte sich 1957 ³⁹⁾ der Umsatz ganz entscheidend; d.h. man verbrauchte nur noch die vorhandenen Rohmaterialien. Inzwischen sah man in der Eigenproduktion überhaupt keinen Sinn mehr und schloß 1958 das Pharmazeutische Labor. Die gesamte Anlage allerdings trachtete man ursprünglich sorgfältigst zu erhalten, was jedoch nicht gelang, wie ich mich bei meinem Besuch 1965 überzeugen konnte.

Die Situation in den Jahren 1955 bis 1957 charakterisierte der jetzige Chief Pharmacist mit den Worten: "The pharmaceutical laboratory didn't even pay the pharmacists." (Zur Situation im Jahre 1965 siehe Abb. 24)

36) An. Med. Rep. (1947), 30.

37) An. Med. Rep. (1953/55), Pharmaceutical Laboratory.

38) An. Med. Rep. (1956), Pharmaceutical Laboratory.

39) An. Med. Rep. (1957), Pharmaceutical Laboratory.

Die Chininversorgung Tanganyikas:

In einem tropischen, malarieverseuchten Land ist die Chininversorgung eines der größten Probleme auf dem pharmazeutischen Sektor. Auch wenn man alle Anstrengungen unternahm, die größeren Städte wie Tanga und Dar-es-Salaam moskitofrei zu machen, indem man die die Stadt umgebenden Sümpfe trockenlegte und Straßen und Plätze mit einem Pyrethrumgemisch aussprühen ließ, blieb die Gefahr bestehen. Zwischen den beiden Weltkriegen verfügte man über ein verhältnismäßig reichliches Lager an Chinin- und Totaquintabletten, die außerhalb der Regierungsstationen über die Postämter verkauft wurden. Kritisch gestaltete sich die Situation erst, als die Japaner die Chininzufuhr aus Indonesien unterbrachen. In diesem Moment besann man sich wieder auf die deutschen Cinchonakulturen in den Usambarabergen und errichtete im Oktober 1942 eine Fabrik, um die dortigen Vorräte zu verwerten. Noch zum Ende dieses Jahres gelang es, Totaquinatabletten von hervorragender Qualität herzustellen.⁴⁰⁾ Der Gehalt an Chinin lag bei 29 % und entsprach damit der doppelten Menge als sie die Pharmacopoeia Britannica vorschrieb.

Bis zum 12. Mai 1942 konnten Chinin- und Totaquintabletten unbegrenzt abgegeben werden, wenn auch schon im Juni 1940 darüber geklagt wurde,⁴¹⁾ daß gerade Regierungsangehörige sich zu großzügig eindeckten. Das Gouvernement sah sich nicht in der Lage, den Anforderungen in Zukunft auf gleiche Weise nachzukommen, da eine gewisse Reserve vorrätig gehalten werden mußte. Seit dem 13. Mai 1942 konnten auch in den Postämtern Chinintabletten nur noch auf Rezept eines Regierungsarztes gekauft werden; Totaquintabletten allerdings durften weiterhin in beliebiger Menge abgegeben werden.⁴²⁾ Sie dienten in der Folgezeit fast ausschließlich als Prophylaktikum, während Chinintabletten akuten Malariaanfällen vorbehalten blieben. Eine Chinintablette kostete sechs, eine Totaquintablette dagegen nur zweieinhalb Cents. Der Wiederverkauf der bei den Postämtern erhaltenen Cinchonaprodukte galt als Vergehen und wurde entsprechend geahndet. 1943 arbeitete die Chininfabrik sogar in zwei Schichten. Da in dieser Zeit teilweise nur noch drei Regierungsapotheker im Territorium tätig waren, half bei der Arbeit, ähnlich wie zur deutschen Zeit während des

40) CLYDE (1962), 153.

41) NATEF: J 17: P 34940, 18. Februar 1941: Anordnung des Director of Medical Services.

42) An. Med. Rep. (1942), Medical Stores.

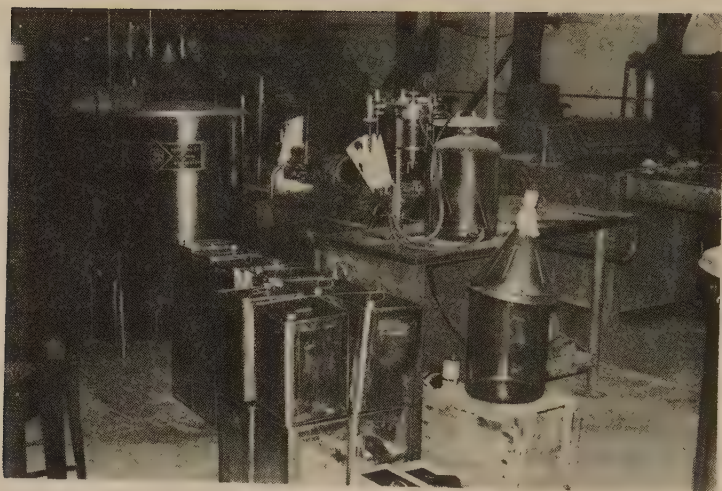


Abb. 25 "Pharmaceutical Laboratory", Abfüllstation für Tinkturen.(1965).



Abb. 26 "Pharmaceutical Laboratory", Salbenrührwerk.(1965).

Ersten Weltkrieges, ein Heereschemiker aus. Der Wert des Ausstoßes lag bei Totapulver und -tabletten 1943 bei 1.361 Pfund und 5.643 Pfund und 1944 bei 6.569 Pfund und 5.435 Pfund.⁴³⁾

1944 machte man sich Gedanken darüber, den Anbau von Cinchonakulturen zu forcieren, wobei sich die Frage stellte, ob man die Tanganyikarinde, die einen besonders hohen Alkaloidgehalt zeigte, nach England verschiffen oder anstatt des bisherigen Provisoriums eine Fabrik im Lande aufbauen sollte. Die Korrespondenz hierüber mit dem Direktor der Chininfabrik in Costermansville,⁴⁴⁾ die vom November 1943 bis zum Juni 1945 im Belgisch-Kongo aufgebaut wurde, blieb jedoch ohne Ergebnis. Das Rohmaterial im Kongo stammte von Ledgeriana Rinden aus Plantagen am Kivusee und Iturifluß. Diese Kongorinde ging damals größtenteils nach Großbritannien. Als sich gegen Ende des Krieges die angespannte Lage auf dem Chininweltmarkt löste und man in Großbritannien kein sonderliches Interesse an Drogen aus Tanganyika zeigte,⁴⁵⁾ wurde mit dieser ablehnenden Haltung das Geschick der Cinchonakulturen in den Usambarabergen wieder einmal besiegelt. Die Folge für Tansania ist, daß bei dringendem Bedarf an ausländischer Währung für Industrialisierungszwecke nunmehr ein Teil der Devisen zum Ankauf von Antimalariamitteln, die man selbst herstellen könnte, abgezweigt werden muß.

Abschließend sei noch ein Versuch aus den fünfziger Jahren⁴⁶⁾ erwähnt, Malaria-mittel Neugeborenen mit der Muttermilch zuzuführen. Die Idee hierzu ging auf Giemsa zurück, der 60 Jahre zuvor eine derartige Möglichkeit aufgeworfen hatte, als er Spuren von Chinin in der Muttermilch wiederfand. Leider mußte dieser Versuch aufgegeben werden, da der Malariaerreger gegen das jetzt verwendete Medikament Pyrimethamin eine Resistenz entwickelte.

43) An. Med. Rep. (1943 - 44), Medical Stores.

44) NATEF: J 17: P 34940, 27. April 1945.

45) NATEF: J 17: P 34940, 30. März 1942: Antwort des Colonial Office, Downing Street".

46) CLYDE (1962), 181.

6. Kapitel

ARZNEIMITTELVERSORGUNG DES TANGANYIKA-TERRITORIUMS

A.) STATTLICHE VERSORGUNG

Das Gouvernement hat die volle Verantwortung für die freie Behandlung aller Afrikaner ohne Berücksichtigung ihres Einkommens übernommen. In den gleichen Genuß kamen daneben diejenigen Europäer und Asiaten, die in einem irgendwie gearteten Arbeitsverhältnis zum Gouvernement standen.¹⁾ Die Versorgung dieser Personen erfolgte einmal über Hospitäler und über die verschiedensten Typen der über das ganze Land verteilten Dispensieranstalten, die ihr Sanitätsmaterial vom Sanitätsdepot erhielten.

Schon 1922 suchte man nach neuen Wegen,²⁾ um mit den begrenzten finanziellen Mitteln besser wirtschaften zu können. Der damalige stellvertretende Leiter des Medizinalreferats, Dr. O. Schircore, zeigte ein besonderes Interesse für pharmazeutische Belange, und versuchte schon in dieser Zeit, die örtliche Produktion an Medikamenten anzuregen. Seine Bemühungen gipfelten in der Einführung eines Arzneimittels, das einen tiefgreifenden Einfluß auf die Ausbreitung des Sanitätswesens in Tanganyika haben sollte. Der Erfolg des Wismuts in der Behandlung der weitverbreiteten Frambösie³⁾ schuf die Bedingungen, unter denen das System der Dispensieranstalten je nach Bedarf der Bevölkerung bis in die abgelegensten Teile Tanganyikas ausgedehnt werden konnte. Selbst die einfachsten Eingeborenen ließen sich von dem geradezu dramatischen Erfolg einer einzigen Spritze von den Vorteilen westlicher Medizin überzeugen. Die Entdeckung des Wismuts als Therapeutikum gegen die Frambösie wurde ein Markstein in der Entwicklung des Sanitätswesens, das seine zukünftige Aufgabe nicht länger zur Hauptsache in der Behandlung von Regierungsbeamten sehen konnte, während es daneben nur als ein zurückhaltender Aufseher über die Gesundheit der Allgemeinheit angesehen werden konnte. Die Möglichkeit und der Gedanke, Wismut einzusetzen, kam Schircore während einer Einladung beim Gouverneur, als ihm dieser im Dezember 1921 einen Ausschnitt aus der "Times" zeigte, in dem die Behauptung aufgestellt worden war, daß ein Wismutsalz guten Erfolg bei der Behandlung

1) NATEF: J 17: P 34940, 24. Juli 1945: Brief des Director of Medical Services Dar-es-Salaam an den Chief Secretary.

2) CLYDE (1962), 113.

3) Frambösie: Himbeerröte, syphilisähnliche, ansteckende Hautkrankheit der Tropen, jedoch keine Geschlechtskrankheit. Wird durch die Spirochäte *Treponema pertenue* hervorgerufen.

von Syphilis gehabt hätte. Erkrankungen durch Spirochäten sind in den Tropen von derart allgemeiner Bedeutung, daß Schircore sofort den Apotheker, Mr. G. McGowan, aufsuchte, der auf seine Bitte ein Wismutpräparat herstellte. Diese Verbindung testete Schircore zuerst an sich selbst, ohne Schaden zu erleiden. Danach verordnete er sie einigen Patienten und stellte dabei fest, daß es bei der Behandlung sekundärer Stadien ebenso gut wirkte wie Salvarsan, bei tertiären sogar noch besser. In einem Rundbrief empfahl er es allen Sanitätsstationen, die es bald darauf auch von allen Seiten anforderten. Allerdings passierten im Anfang etliche Unfälle bei der intravenösen Injektion. Erst die intramuskuläre Injektion erwies sich als ungefährlich. Damit begann eine großangelegte Kampagne gegen die Frambösie in ganz Tanganyika. "Dispenser" unterzogen sich am eigenen Leib einer Kurzausbildung im Injizieren; Ende 1925 waren 55 Kliniken in der Behandlung tätig, und bereits 75.000 Afrikaner hatten eine Wismutinjektion erhalten. Obgleich Wismut so billig war, daß mit gleichem Kostenaufwand 400 Personen mehr behandelt werden konnten als mit einer Salvarsanspritze, konnte die Nachfrage kaum befriedigt werden. Bis 1929 behandelte man über 500 000 Afrikaner.

Wie schon angedeutet, schuf diese Kampagne die Voraussetzungen zur Gründung von Dispensieranstalten. 1922 wurden die ersten in Eigenhilfe mit Unterstützung des Gouvernements am Kilimandscharo eingerichtet ⁴⁾ und in den nächsten Jahren ⁵⁾ dies System weiter ausgebaut. Man unterschied bis nach dem Zweiten Weltkrieg grundsätzlich zwei Typen: Die eine fungierte als Außenposten der Distriktskrankenhäuser und stand unter der Aufsicht des Medizinalreferats, während die andere von den "Native Authorities" ⁶⁾ errichtet und unterhalten wurde. Bis 1928 gab es insgesamt 147 und kurz vor dem Zweiten Weltkrieg 285 Dispensieranstalten, in denen ungefähr 1/7 der Gesamtbevölkerung Tanganyikas Behandlung genoß. Als Ziel wurde angestrebt, von einer Dispensieranstalt aus einen Umkreis von 20 Quadratmeilen zu betreuen, womit auf je 5.000 Afrikaner eine solche Anstalt gekommen

4) CLYDE (1961), 115.

5) An. Med. Rep. (1938), Training of African Staff.

6) Die "Native Authorities" sind die Repräsentanten des von den Engländern in den Kolonien eingeführten Systems des Indirect Rule.

wäre. Doch erreichte man das nicht; 1938 kam erst eine derartige Einrichtung auf 1.100 Quadratmeilen und diente abgesehen von einigen Gegenden, in denen noch überhaupt keine bestand, den Belangen von 14.000 Afrikanern. Im Kriege konnten, auch wenn man sich gerade damals besonders dieser Art der medizinischen Betreuung bewußt wurde, nur wenige neue Dispensieranstalten errichtet werden. Diese Anstalten müssen als der äußerste Vorposten westlicher Medizin, der für auf dem Lande lebende Afrikaner erreichbar ist, betrachtet werden. Natürlich wird in ihnen nur entsprechend der Ausbildung ihrer jeweiligen Leiter einfachste Behandlung gewährt. Seit den fünfziger Jahren unterscheidet man folgende drei Typen von Dispensieranstalten:⁷⁾

- 1.) Als größtes das "Rural Health Centre" mit einem "Medical Assistant" als Leiter. Es ist mit einigen Betten ausgestattet und dient kurativen und präventiven Zwecken. Meistens gehören dazu noch einige Satellitendispensieranstalten, die von dem "Medical Assistant" kontrolliert werden.
- 2.) "Grade A Dispensary" unter einem "Rural Medical Aid". Dies ist nur eine Ambulanz, die in einigen Ausnahmefällen stationäre Behandlung ermöglicht.
- 3.) "Grade B Dispensary" unter einem "Tribal Dresser". Hier wird grundsätzlich ohne Betten nur ambulant behandelt.

Um das System der medizinischen Versorgung der auf dem Lande lebenden Afrikaner noch weiter zu vervollkommen, beschloß man Anfang der sechziger Jahre einen einheitlichen Typ von Distriktshospitälern in einem Selbsthilfeprogramm aufzubauen. Die Gebäude sollten durch freiwillige tätige Hilfe und durch Spenden, was zusammen einen Betrag von 60.000 DM hätte entsprechen müssen, erstellt werden, während die Einrichtung von der Weltgesundheitsorganisation gespendet werden sollte. Die Einrichtungsgegenstände trafen zwar pünktlich ein und wurden im Sanitätsdepot in Dar-es-Salaam gestapelt, doch der Bau der Hospitäler schritt keineswegs in dem Maße, wie man gehofft hatte, voran. Während das noch nicht gebrauchte und schlecht eingelagerte Material (siehe Abb. 24) seiner Verwendung entgegensah, trafen aus Kopenhagen schon die nächsten Einrichtungssätze ein. Man ist z.Zt. noch dabei, dies alles gemäß der

7) CLYDE (1962), 197.

verfehlten Planung der Vorjahre als Ersatz an die schon eingerichteten Hospitäler zu verteilen.⁸⁾ Ohne vorschnell urteilen zu wollen, muß doch gesagt werden, daß man häufiger die Beobachtung machen kann, daß seitens der Afrikaner der Enthusiasmus für eine Sache oft größer ist als die wirtschaftlichen Möglichkeiten. Es wird wie in diesem Fall dann die Aufgabe verantwortungsvoller Berater sein müssen, diesen Enthusiasmus koordinativ zu lenken, um ihn einmal nicht verpuffen zu lassen und zum anderen den größtmöglichen Erfolg herbeizuführen, der letzten Endes auch den Afrikaner befriedigt.

Neben den in allen größeren Orten vorhandenen Krankenhäusern ist die größte Institution, die vom Sanitätsdepot versorgt wird, das Muhimbili-Hospital in Dar-es-Salaam, das aus dem alten deutschen Sewa-Hadji-Hospital hervorgegangen ist. Es wurde am 11. Oktober 1956 als Princess-Margaret-Hospital eröffnet, während eine Abteilung den Namen "Sewa-Hadji-Ward" erhielt. Als einziges Krankenhaus besitzt es seit 1959 eine Apotheke,⁹⁾ die schon kurz nach der Übernahme durch die Engländer im alten Sewa-Hadji-Hospital betrieben worden war. Sie wurde 1965 von Mr. H.R. Joshi, einem indischen Apotheker, der Anfang der sechziger Jahre in Dar-es-Salaam aus Unrentabilitätsgründen seine Apotheke schließen mußte, geleitet. Das Budget dieser Apotheke betrug im Haushaltsjahr 1964/65 Sh. 1.320.000/-, doch wurde diese Summe in Höhe von Sh. 100.000/- für Drogen und Verbandmittel überschritten. 80 - 90 % des Sanitätsmaterials werden durchschnittlich vom Sanitätsdepot und 10 - 20 % von Großhandelsfirmen bezogen. Nur vereinzelt liefert eine öffentliche Apotheke. Wie in ganz Tanganyika erhalten auch in dieser Apotheke die Afrikaner ihre Medikamente auf Verordnung eines Arztes frei. Sie müssen allerdings das Rezept in der Apotheke oder der Dispensieranstalt des Krankenhauses einlösen, in dem sie behandelt wurden. Eine öffentliche Apotheke beliefert die Rezepte der Afrikaner nicht kostenlos. In der Krankenhausapotheke selbst wurden nur Solutionen und Mixturen in größerem Maße und Salbenrezepturmäßigangefertigt, dagegen keine Tabletten.

8) Mitteilungen von Frau Dr. Schröder, Katholische Mission in Dar-es-Salaam, und eigene Beobachtungen.

9) Mitteilung über das Muhimbilikrankenhaus von Mr. Joshi und eigene Beobachtungen.

Die grundsätzlichen Regelungen über die Abgabe bzw. den Verkauf von Arzneimitteln aus Regierungsbeständen waren in dem "Medical Circular" vom 22. Juni 1939 enthalten.¹⁰⁾

- 1.) Danach durften größere Mengen an Sanitätsmaterial grundsätzlich nicht an Private abgegeben werden; kleinere Mengen nur in Notfällen und wenn erwiesen ist, daß die Firmen am Ort nicht lieferfähig waren.
- 2.) Gewisse Arzneimittel durften nach Maßgabe eines Arztes auch an Private frei abgegeben werden, wenn dies im öffentlichen Interesse lag. Dazu gehörte:
 - a.) Bayer 205 (Germanin)
 - b.) Wismut-Natriumtartrat
 - c.) Kalomelspritzen
 - d.) Tetrachlorkohlenstoff
 - e.) Eisensulfat
 - f.) Hydnocarpusöl
 - g.) Tryparsomit
 - h.) der Extrakt von Filix mas
- 3.) Einige teurere Drogen durften nach Maßgabe des Bulletin des Sanitätsdepots an Private verkauft werden:
 - a.) Tetrachlorkohlenstoff in Kapseln
 - b.) Neoarsenphenamin
 - c.) Chinin bisulfat
 - d.) Chinin dihydrochlorid
 - e.) Totaquin
 - f.) Santonin
 - g.) Sulfarsenphenamin
- 4.) Sanitätsmaterial, das Private, die aus irgendeinem Grunde frei behandelt wurden, brauchten, um die Behandlung zu Hause fortzusetzen, sollte möglichst aus einer öffentlichen Apotheke bezogen werden. Nur in Notfällen dürfe auch dies gegen Bezahlung abgegeben werden. Grundsätzlich sollten diese Patienten aber aufgefordert werden, sich bei längerer Krankheit ihren Bedarf zusenden zu lassen.

10) Aus dem Gesundheitsministerium über den "Chief Pharmacist".

Die freie Arzneiversorgung der Gouvernementsangehörigen geht auch nur so weit, als daß darunter Sanitätsmaterial, welches auf Grund der Anordnung eines Arztes für eine bestimmte Krankheit als notwendig angesehen wird, zu begreifen ist; Dinge, die man normalerweise als Hausmittel bezeichnen würde, müssen in einer öffentlichen Apotheke gekauft werden.¹¹⁾

Neben Afrikanern und Regierungsangehörigen fühlte sich das Gouvernement nach dem Zweiten Weltkrieg verantwortlich für¹²⁾

- 1.) Missionsgesellschaften aller Nationen
- 2.) sich selbsttragende landwirtschaftliche und industrielle Gesellschaften mit einem großen Anteil an afrikanischen Arbeitern.
- 3.) notleidende Personen
- 4.) Durchreisende

Diese vier Gruppen kamen in den Genuß kostenlosen Bezugs gewisser Arzneimittel auf biologischer Grundlage wie aus nachfolgender Tabelle ersichtlich ist:

Art der Arzneimittel	Tetanus Antitoxin Diphtherie Antitoxin Pockenlymphe Gelbfieber Tollwutserum	Diphtherie Toxoid a) T.A.B. Vaccine a)	Insulin Leberextrakte Antibiotika
Eingeborene, Regierungsangehörige und deren unmittelbare Familie	frei frei	frei frei	frei frei
Missionsgesell- schaften	frei	gegen Be- zahlung	gegen Bezahlung
Landwirtschaftliche Gesellschaften	frei	gegen Be- zahlung	gegen Bezahlung
Durchreisende	frei	gegen Be- zahlung	gegen Bezahlung
Notleidende	frei	frei	frei

(a) im Falle einer Epidemie frei für alle Einwohner.)

11) TTOGaz. (1933), General Order No. 192.

12) NATEF: J 17: P 34940, 24. Juli 1945.: Brief des Director of Medical Services Dar-es-Salaam an den Chief Secretary.

Grundsätzlich nahm man davon Abstand, mit den Interessen öffentlicher Apotheken zu kollidieren. Ausnahmen wurden fast nur, wie gezeigt, bei epidemischen Krankheiten gemacht, und außerdem gehörte es zu den gesundheitspolitischen Richtlinien des Gouvernements, das Wohl der afrikanischen Eingeborenen über wirtschaftliche Interessen bestimmter Gruppen zu stellen.¹³⁾ Man nahm in dieser Beziehung eine eindeutigere Haltung ein als die Deutschen, die Tanganyika nicht nur verwalten wollten, sondern vor allem wirtschaftliche Interessen verfolgten.

B.) ARZNEIMITTELVERSORGUNG DER MISSIONEN

Die Missionen waren die ersten, die die tanganyikanischen Afrikaner mit den Vorteilen abendländischer Medizin bekannt machten. In Auswirkung ihres Dienstes am Nächsten leisteten sie dem Gouvernement, das erklärtermaßen die volle Verantwortung für die Gesundheit der Afrikaner übernommen hatte, unschätzbare Unterstützung, die katholischen sowie die protestantischen Missionen, die sich etwas eher in größerem Umfang dazu entschlossen.

Stand man im Anfang völlig auf eigenen Füßen, so war es doch im Laufe der Zeit nicht mehr möglich, genügend Arzneimittel allein auf dem Spendenwege, der auch heute noch einen großen Teil deckt, zu beschaffen. Im August 1927 schrieb der Pater Walta¹⁴⁾ von der römisch-katholischen Mission Kilomeni in der Nähe Moshis einen Brief an Mr. W.G. A. Ormsby-Gore, "Undersecretary for the Colonies in London", in dem er über die Schwierigkeiten der Arzneimittelversorgung im Kilimandscharogebiet klagte.

Er bat weiterhin um Sanitätsmaterial:

"Could I respectfully suggest you to permit the missions to take part in the medical service, supplying medical stores (Sanitätsmaterial) to missions. Nearly all the missions have trained sisters. I hope, Sir, you kindly will consider my petition while you know, we don't ask it for us, but for the poor natives in the love of God."

Diese Bitte verhallte nicht ungehört. Am 19. November 1927 ordnete¹⁵⁾ der Leiter des Medizinalreferats an, daß Missionen in begrenztem Umfange Arzneimittel und Verbandzeug aus Regierungsbeständen erhalten könnten, man sei aber nicht in der Lage,

13) NATEF: J 17: P 26193, 10. März 1939.: Extract from discussions of the Finance Committee at the Budget Session.

14) NATEF: J 17: P 34940, 6. August 1927.

15) NATEF: J 17: P 34940, 14. November 1930.: The Treasury, Dar-es-Salaam.

die volle Versorgung zu übernehmen. Auf Grund einer Zusammenstellung der von der Mission geleisteten Arbeit würde man entscheiden, in welcher Höhe Hilfe gewährt werden könne. Es gab zwar noch einige bürokratische Schwierigkeiten, da viele Missionen nicht angaben, ob sie ihre Sendungen erhalten hatten, wodurch Unstimmigkeiten in der Buchführung des Sanitätsdepots auftraten. Diese konnten aber nachher energischen Intervention des Leiters des Medizinalreferats überwunden werden.¹⁶⁾

Die Frage der Belieferung von Missionen wurde 1939 noch einmal aufgeworfen. Von einigen Seiten war es als ein Überschneiden mit den Interessen der öffentlichen Apotheke angesehen worden, da das Sanitätsdepot, frei oder gegen Erstattung des Einkaufspreises, an quasi Private geliefert habe. Man machte sich aber die Vorstellungen Nyassalands zu eigen, daß eine Unterstützung der Missionen gleich welcher Art nicht als ein Überschneiden mit Interessen öffentlicher Apotheken betrachtet werden dürfte.¹⁷⁾

Im Jahreshaushalt 1964/65 des Sanitätsdepots belief sich die Summe, die durch sogenannte "Grants-in-Aid"¹⁸⁾ an die Missionen entstand, auf 180.000 Pfund und lag damit nur um 110.000 Pfund niedriger als die Summe, die für das Sanitätsmaterial, das an regierungseigene Sanitätsstationen, Dispensieranstalten und Hospitäler geliefert wurde, aufgewendet wurde.

C.) APOTHEKEN

(siehe Anhang VII)

Es muß vorausgeschickt werden, daß es Apotheken im deutschen Sinn in Ostafrika nicht gibt. Mehr noch als die Apotheken während der deutschen Schutzherrschaft sind die englischen reine Drugstores, in denen keine Defektur möglich ist, und die auch über kein analytisches Labor verfügen. Eine Art von Apothekenbetriebsordnung existiert infolgedessen nicht, doch wurden in einem Rundbrief¹⁹⁾ des Medizinalreferats von

16) NATEF: J 17: P 34940, 19. Januar 1931.: Stellungnahme des "Auditor."

17) NATEF: J 17: P 34940, 9. Februar 1939.: Extract from Report of the Commission appointed to enquire into the Financial Position and Further Development of Nyassaland. (Unterlage für ähnliche Regelungen im Tanganyika-Territorium).

18) Hilfszuwendungen.

19) Medical Circular vom 6. März 1959 im Office of the Chief Pharmacist, Ministry of Health, Nairobi.

Kenya 1959 Richtlinien über Aussehen und Einrichtung einer Offizin aufgestellt, von denen die der Nachbarländer Uganda und Tansania in kaum einem Punkt abweichen. Diese Richtlinien präzisierten nur noch einmal das, was schon immer verlangt wurde:

Die Abgabestelle für Arzneimittel (dispensary) soll unmittelbar von der Offizin aus zugänglich sein. Es wird entweder ein separater Raum, der nur zur Abgabe zu verwenden ist, für sie gefordert, oder im Falle, daß nur ein Raumteil benutzt wird, muß die Abgabestelle genügend von der Offizin abgesondert sein. In ihr sollen zureichendes Licht, fließend Wasser und abschließbare Schränke für Gifte und Opiate vorhanden sein; außerdem eine Heizplatte, ein Kühlschrank, eine Waage, englische und metrische Gewichtssätze, genormte Maße, ebenfalls englisch und metrisch, destilliertes Wasser, Mörser und Pistill und eine Salbenplatte. An Büchern werden die Pharmacopoeia Britannica, British Pharmaceutical Codex, British Veterinary Codex und die Extra Pharmacopoeia verlangt. Besondere Erwähnung findet in diesem Rundschreiben noch eine saubere Toilette.

In der Tat gibt es in Ostafrika kaum Apotheken, die über diesen Mindeststandard hinausgehen. Eine bemerkenswerte Ausnahme bildet die Firma Howse & Mc George mit ihren Filialen. Das Warenangebot aller Apotheken kann in drei Gruppen unterteilt werden:

- | | |
|--|---------------|
| 1.) Pharmazeutische Produkte aller Art | (65 % - 75 %) |
| 2.) Kosmetika | (20 % - 30 %) |
| 3.) Fotoartikel | (5 % - 15 %) |

Das Geschäft mit der letzten Gruppe hängt stark von dem Standort der Apotheke ab, da der Anteil dieser Artikel am Gesamtumsatz in Gegenden mit einem größeren Touristenstrom wie in Arusha, das Ausgangspunkt für Fahrten in die Wildreservate ist, naturgemäß höher liegt. Allgemein steigt in den letzten Jahren der Kosmetikumsatz mit den Afrikanern. Arzneimittel sind in Ostafrika verhältnismäßig teuer. Der Preis einer Ware, die ab Hamburg Freihafen Sh. 100/- kostet, berechnet sich etwa folgendermaßen:²⁰⁾

20) Mitteilung von Apotheker Peter Hoffmann c/o Hansen & Söhne, Dar-es-Salaam.

Hamburg Freihafen	Sh. 100/-	
Fracht und Versicherung	<u>5</u>	
	105	
Zoll und Verrechnungskosten	<u>36,5</u>	(30 % Zoll)
	141,5	
15 % Werbeunkosten		
<u>10% - 35% Verdienst des Importeurs</u>		
25 % - 50 % (durchschnittlich über 30%) ²¹⁾	<u>78,5</u>	
	220,0	
7,5 % Großhandelsrabatt	<u>18,0</u>	
	238,0	
33 1/3 % Einzelhandelsverdienst ²¹⁾	<u>119,0</u>	
	<u>Sh. 357/-</u>	

Da es keine vorgeschriebenen Abgabepreise gibt und in dieser Hinsicht auch kaum Absprachen getätigt worden sind, kann jede Apotheke ihre eigenen Preise festsetzen, was sich oft in erheblichen Differenzen niederschlägt.

Mit nur wenigen Ausnahmen sind die Apotheken in gemieteten Räumen untergebracht, auch die Geschäftsführer brauchen nicht Eigner ihres Betriebes zu sein. Jede Handelsgesellschaft kann Apotheken eröffnen, muß diese aber von einem Apotheker führen lassen und einen Apotheker, der mit dem Leiter identisch sein kann, im Vorstand haben.

Den unmittelbaren Anschluß an das deutsche Apothekenwesen bildete die Apotheke von McGowan.²²⁾ Dieser begann in dem Gebäude der ehemaligen Reichsadler-Apotheke mit Arzneimitteln, die sich aus erbeuteten deutschen Beständen, englischen Militärvorräten und dem Drogenschrank Dr. Scotts, als dieser aufhörte zu praktizieren, um "Health Officer" von Dar-es-Salaam zu werden, zusammensetzten. McGowan betrieb diese Apotheke bis zu seinem Tode am 20. Juli 1927. Auch in Tanga wurde verhältnismäßig früh die Arzneimittelversorgung der Europäer und Inder sichergestellt, als sich hier 1922 Richard Stobo, der als Leutnant gegen die Schutztruppe

²¹⁾ Prozente vom Verkauf her gerechnet.

²²⁾ CLYDE (1962), 113.

geköpft hatte, niederließ. Er blieb bis 1927 in Tanga und verließ anschließend Tanganyika. Nach dem Tode McGowans trat 1926 die bedeutendste ostafrikanische Apotheke, Howse & McGeorge aus Nairobi, auf den Plan, als sie am 8. Juni eine Filiale in Dar-es-Salaam unter J. Weavers eröffnete. Zuerst neben dem Permanent Building untergebracht, zog sie später in das Gebäude der Reichsadler-Apotheke, in dem sie heute noch besteht, um. Ebenfalls in Tanga ließ sich Howse & McGeorge einige Jahre später nieder,²³⁾ wenn auch diese Filiale erst am 9. Juni 1940 offiziell registriert wurde.²⁴⁾ Am 8. März 1962 mußte diese Filiale schließen, da sie sich der verstärkten indischen Konkurrenz nicht erwehren konnte. Arusha erhielt im Januar 1929 eine Filiale unter der Leitung von John Hetherington, die aus gleichen Gründen um etwa die gleiche Zeit ihre Tore schloß. Die beiden Filialen in Moshi, Ende 1928 unter Laurence Gilbert eröffnet, und in Iringa, gegründet um 1930 unter Georg Stein, hatten nur eine Lebensdauer von wenigen Jahren; erstere schloß 1934 und letztere 1933. Wenn hierfür auch die Weltwirtschaftskrise der ausschlaggebende Faktor gewesen sein mag, so war für Iringa der direkt auslösende Grund doch der, daß der Filialleiter Zeichen von Geistesgestörtheit zeigte.²⁵⁾

Die Firma²⁵⁾ Howse & Mc George begann ihr Unternehmen im Dezember 1911 mit einer Apotheke in der Gouvernment Road in Nairobi, die bis heute die Zentrale der Firma bildet und als mustergültig angesprochen werden muß. Nach dem Ersten Weltkriege war die Apotheke Generalvertretung für Kodak-Produkte. Während eines Jagdurlaubs in Ostafrika wurde das Interesse Mr. Eastmans an dem Unternehmen selbst wach und hieraus resultierte 1928 seine Beteiligung an Howse & McGeorge. 1935 wurde die Firmengruppe vollkommen von Kodak übernommen und kam unter die Leitung James A. Armstrong. L. Howse und McGeorge, die beiden bisherigen Inhaber, gingen zurück nach England und betrieben dort eigene Apotheken.²⁶⁾ Infolge einer organisatorischen Umstellung beschloß Eastman Kodak, die pharmazeutische Seite ihrer Interessen in Ostafrika aufzugeben und verkaufte am 1. November 1964 Howse & Mc George an

23) SPENCE (1966), 7.

24) TTOGaz. (1960), 8. März. Die Daten über die Registrierungen der Apotheken sind unter der Rubrik "Pharmacy and Poisons Ordinance" unter dem jeweiligen Datum der offiziellen Gazette (Amtsblatt) Tanganyikas entnommen.

25) SPENCE (1966), 6f.

26) McGeorge lebte noch um 1960, Howse starb 1965 im Alter von 81 Jahren.

R.O. Hamilton, womit diese Apotheke ein Teil der James Finlay²⁷⁾ Gesellschaft wurde. Wenn auch nicht immer von Erfolg gekrönt, so müssen L.H. Howse und Mc George als echte Pioniere des ostafrikanischen Apothekenwesens betrachtet werden.²⁸⁾

27) James Finlay & Co. Limited 22. West Nile Street, Glasgow/C. 1.

28) Kurz vor seinem Tode schilderte L.A. Howse in einem Brief an J. Park, Nairobi, seine Erlebnisse in Kampala. Sie verdienen, hier wiedergegeben zu werden, da sie allgemein ein Licht auf die Zustände in ganz Ostafrika werfen:

"I had a very happy time there and some curious experiences. In those days it was quite usual for the stores to run out of stock of goods and I could not understand why I had such a demand for lanoline in tubes until one native complained that he could not mend his bicycle tyres with it. There was a shortage of rubber solution. Another was the extraordinary demand for aphrodisiacs, which rather annoyed me as I did not like the idea that I was a supplier of such goods. I remember getting a note from one native who enquired if I could supply him with dagala which would " keep my bolt up right from 7 a.m. to 5 p.m." I mentioned this to a missionary and he surprised me by saying that if I could give any help in that direction it would be a great help to them, as one their difficulties was with wives leaving their husbands because they were impotent owing to syphilis. In those days it used to be said that the population of Uganda consisted of those who had had syphilis, those who had got it, and those who were going to have it. And broadly speaking there was a good deal of truth in this because although the new arrival was careful, sooner or later they got careless and often contacted it. I am referring to such people as European nurses, the missionaries, and even doctors.

We were in Eldoret before there was a railway and all goods had to be transported by ox or mule wagon. There was a particular stretch of road known as the Red Sea because in the rainy season it became a sea of mud. I remember we sent off a case about 3ft x 2 ft x 2,6 ft, and the wagon got caught in the "Rains". It was their custom - they could not in fact do otherwise - to pull off the road and start on a road of their own and it was not unusual for there to be 4 - 5 different tracks. The case did not reach its destination. It appeared that the wagon had had to be unloaded and reloaded several times and the case had been lost. It was discovered about 18 months after war, sticking out of the ground on one of these diversions."

Der Brief ist abgeheftet in der Buchhaltung von Howse & McGeorge in Nairobi.

Von dem Zweiten Weltkrieg bekam am 18. Januar 1928 Dar-es-Salaam noch eine zweite Apotheke, die von dem Inder G.P. Gandhi, der bisher als Dispenser in Sansibar gearbeitet hatte, unter dem Namen "Gandhy Medical-Hall" eröffnet wurde. Am 7. Dezember 1954 zog Gandhi nach Morogoro um, wo er die Apotheke "Tanganyika Medical Supply" gründete. Doch war diese Unternehmung nur von kurzer Dauer, da sie in Morogoro nicht rentabel gestaltet werden konnte. Am 9. März 1956 wurde die "Medical Hall" erneut eröffnet, um 1962 endgültig ihre Pforten zu schließen. Der Sohn Gandhys, in England ausgebildet, trat am 1. April 1961 mit der "Mahen Pharmacy" die Nachfolge an. Eine dritte Apotheke wurde in den dreißiger Jahren von A.H. Wardle & Co, Nairobi, als Filiale gegründet. Die Firma ist heute nur noch im Großhandel tätig. Um 1926 erhielt Mwanza eine Apotheke unter S. Langdon, aber schon 1929 ist für diese Stadt kein Apotheker mehr nachzuweisen.

Bei Kriegsende bestanden in Tanganyika insgesamt nur fünf Apotheken, davon drei in Dar-es-Salaam und je eine in Tanga und Arusha. Es setzte aber bald eine Welle von Neugründungen ein, die die Zahl bis 1963 auf sechzehn²⁹⁾ ansteigen ließ, wobei noch bedacht werden muß, daß drei der alten Apotheken aufhörten zu existieren. In Tabora, Lindi und Ujiji sind keine Neugründungen zu verzeichnen, dafür gibt es jetzt Apotheken in Moshi und Mwanza. In Dodoma arbeitet seit 1956 ein Apotheker mit der Church Missionary Society und in Ndareda seit 1959 die Apothekerin Schwester Dolores in der Krankenhausapotheke der katholischen Mission. Fast sämtliche Neugründungen, abgesehen von den Missionen und der Apotheke von G. Kemp in Moshi, sind von Indern vorgenommen worden.

Eine indische Gründung, hervorgegangen aus einer öffentlichen Apotheke, ist auch die bislang einzige Fabrik pharmazeutischer Produkte.³⁰⁾ Sie wurde am 28. Mai 1965 unter dem Namen "Mansoor Pharmaceuticals" eröffnet und steht unter der Leitung eines englischen Apothekers. Es werden dort 19 verschiedene Präparate her-

29) Tanganyika Directory 1963, Trade & Commercial Index.

30) In Kenya existieren zwei und in Uganda eine.

gestellt, in erster Linie aber Tabletten wie Aspirin, die sich großer Beliebtheit erfreuen und einzeln in den Dukas verkauft werden. 100 Tabletten Aspirin kosten Sh. 1,25, 27. Tabletten Aspro dagegen mit großem Aufwand an Werbung Sh. 3,50. Im ersten Jahr wurden allerdings noch ca. 70 % der Produktion auf Grund von Ausschreibungen bei der Regierung abgesetzt. Einheimische Produzenten dürfen bei einer Ausschreibung 7,5 % teurer sein. Trotzdem gab es verhältnismäßig große Schwierigkeiten bei dieser mit Kapital aus dem Aga-Khan-Fonds erbauten Fabrik. Ihre Zukunft wird allgemein als wenig erfolgversprechend bezeichnet.³¹⁾

Die Produktion pharmazeutischer Artikel und Gifte soll grundsätzlich unter der Aufsicht eines Apothekers stehen, doch sind Ausnahmen zugelassen für die Inhaber

- 1.) der "Fellowship of the Institute of Chemistry",
- 2.) der "Associateship of the Institute of Chemistry",
- 3.) eines gleichwertigen Examens, das vom "Pharmacy and Poisons Board" anerkannt werden muß.³²⁾

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der pharmazeutische Einzelhandel fast vollkommen in den Händen von Indern liegt und, schließt man Uganda und Kenya, in diese Betrachtungen ein, daß diese auch in der, wenn auch geringen Produktion dominieren. Nur der Großhandel beschäftigt vorläufig noch in der Regel Europäer.

D.) INDISCHE UND AFRIKANISCHE GEMISCHTWARENHANDLUNGEN (DUKA)³³⁾

Da "Apotheken" nicht allzusehr verbreitet sind und ihnen auch in Tansania der Odem der teuren Preise anhaftet, muß der Afrikaner seinen täglichen Bedarf an Arzneimitteln, soweit er sie nicht kostenlos in einem Krankenhaus oder einer Dispensieranstalt erhält, an anderer Stelle decken. Diese Bedarfslücke füllen die Dukas, von denen größere in den Städten und Handelszentren und kleinere praktisch im ganzen Land als Familien- oder Einzelunternehmungen zu finden sind aus. Im Lizenzjahr 1964/65 wurden rund 36.500 derartige Einzelhandelsgeschäfte registriert. Nach Kainzbauer³⁴⁾

31) Dies lag zum Teil an dem Besitzer Mansoor Daya, der als Mitglied mehrerer Institutionen, so auch des "Pharmacy and Poisons Board", versuchte, Arzneimittel betreffende Verhandlungen allzu augenfällig in seinem Sinne zu beeinflussen und damit vor allem Kritik bei seinen Landleuten hervorrief. Über den Umsatz konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

32) NATEF: J 17: P 34940, 12. Februar 1940.: Poison Rules.

33) Das Wort Duka hat seinen Ursprung im Indischen und ist eine Kurzform von Duka-wala in der Bedeutung eines kleinen Einzelwarengeschäftes.

34) W. Kainzbauer vom Ifo-Institut für Wirtschaftsforschungen, München, stellte mir dankenswerterweise seine Aufzeichnungen über die Dukas, die ihm als Grundlage für die Arbeit "Der Handel in Tansania" (siehe Literaturverzeichnis) dienten, zur Verfügung.

unterscheidet man zwei Gruppen hinsichtlich der Größe:

A) Größenordnung bis 5.000 Pfund Umsatz

B) Größenordnung bis etwa 1.000 Pfund Umsatz

Das Sortiment umfaßt in beiden Fällen Nahrungs- und Genußmittel, Pharmazeutika, Kosmetika und Waschmittel. Für die Größenordnung A) treten noch Textilien, Getränke, Kurzwaren, Eisenwaren und Haushaltsartikel, Schreib- und Papierwaren, billiger Schmuck und Schuhe hinzu, wobei nicht ausgeschlossen ist, daß sich Waren der Gruppe A) auch vereinzelt in Duka der Gruppe B) finden. Ein weiterer genereller Unterschied besteht insofern, als die Eigner der ersten Gruppe Inder und die der zweiten Afrikaner sind. Von letzteren zählt man rund 27.700. Während die Inder in der Regel acht Schulklassen besuchen, und danach eine, wenn auch unsystematische Lehre meist in einem Familienbetriebe genießen, besteht für die Afrikaner kaum die Möglichkeit, eine sogenannte Lehrzeit zu absolvieren. Ihr Bildungsstand ist meist sehr niedrig und in kaufmännischen Fragen besteht kaum Erfahrung. Das hat zur Folge, daß Betriebe schon häufig nach kurzer Zeit wieder aufgegeben werden müssen, und daß der afrikanische Inhaber nur selten weiß, was er verkauft; eine Tatsache, die besonders relevant hinsichtlich der Arzneimittel ist.

Neben dem Unterschied nach der Größenordnung muß man noch eine Aufteilung nach Stadt- und Landduka vornehmen. Diese differieren vor allem hinsichtlich des Sortiments, das in letzterem Falle enger ist. Eine Gegenüberstellung zweier typischer Vertreter (Tabelle A und B) mag das verdeutlichen.

Tabelle A

Stadtduka eines Afrikaners in Mwanza

Name des Arzneimittels	Stückzahl	Verkaufspreis	Verdienst
1) Opele	6	2/50	25%
2) Sabanga	3	2/50	25%
3) Chestone Hustensaft	1	2/50	25%
4) Dokara "	4	2/50	25%
5) Nzagamba "	1	2/-	33%
6) Carma "	7	2/-	41 %
7) Cofta "	3	2/-	41%
8) Vicks "	8	3/-	?
9) " Hustenbonbon	280	-/10	25%
10) " Vaporub	18	2/50	25%
11) Misiriba Wurmmittel	1	2/50	25%
12) Nzagamba Wurmmittel	2	3/-	20%
13) Zenithzahnschmerzmittel	3	2/50	25%
14) Opa Augentropfen	1	2/50	25%
15) Musasizi	20	4/50	13%
16) Vintax Abführtabletten	34	-/25	32%
17) Melabon	340	-/20	43%
18) Phensic Schmerztabletten	360	-/12 1/2	19%
19) Cafmol	186	-/15	100 %
20) Supertabs Schmerztabletten	12	-/20	67%
21) Dawazon Schmerztabletten	182	-/10	?
22) Aspro	9 1/2	-/17 1/2	?
23) Andrews Lebersalz	44	-/30	17%
24) Philips Magnesiummilch	14	3/50	?
25) Nivaquin	46	-/25	?
26) Dettol Insekticid	2	2/-	25%
27) Nzagamba Magenmixture	2	3/-	20%

Tabelle B

Landduka eines Afrikaners in Kikafu (ca. 30 Meilen von Moshi)

Arzneimittel	Stückzahl	Verkaufspreis	Verdienst
1) Castoröl (Furastic)	4	1/50	13%
2) Vicks Hustenbonbon	2	1/25	25%
3) Woodward's Magenmittel	13	3/50	20%
4) Cofta Hustensaft	6	2/-	-
5) Castoröl	4	1/-	48%
6) Vinactabletten	6 mal 16	-/25	50%
7) Vicks Vaporub	32	-/60	-
8) Aspro	5	-/10	-
9) Lebertran Seven Seas	6	2/50	25%
10) Antepar Wurmmittel	3	2/50	25%
11) Castoröl Iwastic	7	4/50	20%
12) Aspirin	1 Flasche	-/05 2 St.	66%
13) Santonin Tabletten	?	-/20 2St.	25%
14) Salva Tabletten	1/4 Flasche	-/20 2St.	43 %
15) S S Blutreinigungspillen	1/2 Röhre	-/20 2St.	?
16) Sloans Liniment	5	2/50	25%
17) Karuri Liniment	5	2/50	25%
18) Nivaquin	14	-/25	?
19) Heftpflaster	15	-/10	?

Der Gesamtwert des pharmazeutischen Warenlagers betrug bei der Stadtduka Sh. 448/69 und bei der Landduka Sh. 132/25. Der Verdienst bewegte sich bei ersterer um 40% und bei letzterer um 31,5%, was allerdings sich nicht mit allgemeinen Erfahrungen deckt. Die Durchschnittswerte für den Kalkulationsaufschlag, der bei der Warengruppe Pharmazeutika am höchsten ist, liegen für die Stadt bei 47% und für das Land bei 54 % gegenüber einem durchschnittlichen Kalkulationsaufschlag auf das gesamte Sortiment für Gruppe A) 28% und Gruppe B) 36%. Es muß aber berücksichtigt werden, daß bei den Landdukas teilweise ganz erhebliche Transportkosten anfallen.



Abb. 27 "Pharmaceutical Assitants" bei der Arbeit.



Abb. 28 Julius Nyerere, Präsident von Tansania, bei der Eröffnung eines katholischen Missionskrankenhauses in Kibosho.

ZUSAMMENFASSUNG

Stellt man die Frage nach dem Ergebnis vorliegender Arbeit, so besteht dieses in erster Linie in der Erstellung einer pharmaziehistorischen Monographie für ein Entwicklungsland. In ihr konnten vier Perioden in der Geschichte des Arzneimittelwesens herausgearbeitet werden:

1) In der vorkolonialen Zeit herrschen, wie nicht anders zu erwarten, die ihrer Grundtendenz nach magisch-religiös bestimmten Heilmittel vor. Diese Periode überlappt sich mit zunehmend geringerer Bedeutung - allerdings nicht in einem Maße, wie oft angenommen wird - mit den nachfolgenden "aufgeklärten" Epochen.

2) Das Apothekenwesen unter deutscher Schutzherrschaft: Hier wurde der Versuch unternommen, in Ostafrika Apotheken aufzubauen, die den in Deutschland aus der Tradition gewachsenen Normen entsprechen sollten. Im Gegensatz aber zum Reich wurde ein einheitliches System für sämtliche Schutzgebiete angeordnet, dessen Prinzip allerdings in Südwestafrika und im Pachtland Kiautschau durchbrochen wurde. Die ausnahmslos vorkommende Kombination von Apotheke und Warenhaus erweckt den Anschein, in Ostafrika habe es den Typ des Drugstores - im Reiche sonst unbekannt - gegeben. Es muß jedoch streng zwischen beiden unterschieden werden, und die Anlage der Apothekenverordnung vom 12. Januar 1911 läßt erkennen, daß dem Gesetzgeber letzten Endes ein reiner Apothekenbetrieb vorschwebte. Die Kombination mit einem Warenhaus diente nur als Starthilfe, wobei allerdings zu fragen ist, ob diese Entwicklung jemals hätte rückgängig gemacht werden können.

3) Die englische Verwaltung des Mandatsgebietes Tanganyika: Aufgrund der vollständigen Austreibung der Deutschen mußte im Gegensatz zu Südwestafrika in Tanganyika neu aufgebaut werden. Dabei wird das Apothekenwesen der englischen Nachbarkolonien, das in seiner Ausprägung vollkommen dem des Mutterlandes glich, kopiert. Es herrscht demzufolge der Typ des reinen Drugstores vor. Darüberhinaus ist diese Periode durch häufige Versuche gekennzeichnet, sich an Orten niederzulassen, deren Arzneimittelbedürftigkeit fraglich war. Bestand für Apotheken in der deutschen Zeit ein Arzneimittelmonopol, so gab es dieses unter englischer Verwaltung nicht. Damit konnte aber auch nicht der Afrikaner als Kunde geworben werden, da er seinen Bedarf fast überall decken konnte und heute noch kann. Nach dem Zweiten Weltkrieg schieben sich bezüglich der Arzneimittelversorgung die Inder immer mehr in den Vordergrund.

4) Unabhängigkeit und Afrikanisierung: Noch dominieren die Inder im pharmazeutischen Gewerbe. Das Apothekenwesen ist zu unbedeutend, als daß bisher Anlaß zur Afrikanisierung gegeben war. Außerdem fehlen afrikanische Apotheker. Die englische Periode geht nahtlos in die tansanianische über.

Erst in zweiter Linie dagegen stellt sich die Frage, wem überhaupt mit einem Apothekenwesen auf privatwirtschaftlicher Grundlage gedient ist? Hierzu läßt sich in Tansania - Gleiches dürfte mutatis mutandis für andere afrikanische Entwicklungsländer gelten - feststellen, daß die öffentliche Apotheke nur den Belangen der verschwindenden Minderheit der besitzenden Klasse aus Europäern und Indern diene und weiterhin diene. Der Afrikaner mag die fremden "Duka ya Dawa" (Apotheken) mit Staunen betrachtet haben; für sein persönliches Wohlergehen aber spielten sie keine Rolle. Die in den Apotheken verlangten Preise kann er nur in Ausnahmefällen bezahlen, und was er braucht, bekommt er sowieso umsonst. Insofern stellt die Apotheke gleich welcher Prägung, ein Relikt der Kolonialepoche dar, ohne wie bei uns eine echte Funktion im öffentlichen Gesundheitswesen zu besitzen. Die Aufgaben, die in Deutschland die öffentliche Apotheke wahrnimmt, führt in Tansania die staatliche Einrichtung der "Medical Stores" durch. Damit kommt dieser Institution eine zentrale Bedeutung zu, die mit zunehmender Arzneibedürftigkeit der Afrikaner noch wachsen wird. Ob allerdings die Regierung weiterhin in der Lage ist, freie, d.h. kostenlose Arzneimittelversorgung auch für die Zukunft zu gewährleisten, wird die Frage sein. Sicher scheint hingegen, daß in diesem Falle das jetzige System der "Medical Stores" unzureichend ist. Es würde sich empfehlen, derartige Einrichtungen, die bisher nur in Dar-es-Salaam existieren, auf Distriktsebene auszubauen und im Lande Arzneimittelabgabestellen als Satelliten dieser zentralen Sanitätsdepots mit einem ausgebildeten "Pharmazeutischen Assistenten" als Leiter anzulegen. Hierbei könnte man auch daran denken, in den "Satellitendepots" über die reine Rezeptbelieferung hinaus bestimmte Arzneimittel gegen Entgelt abzugeben.

Bei einem Vergleich des deutschen und englischen Apothekenwesens in Tansania läßt sich abschließend für beide gemeinsam feststellen, daß die öffentliche Apotheke in diesem Lande ein Fremdkörper ist, und z. Zt. nur Regierungsapotheken bzw. "Medical Stores" eine Berechtigung haben.

ANHANG I

VERORDNUNG

des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Süd-west-afrika.¹⁾

Vom 12. Januar 1911.

Auf Grund des § 15 des Schutzgebietsgesetzes R.G.Bl. 1900 A. 183 wird hiermit für die Schutzgebiete Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika, verordnet was folgt:

§ 1

Wer in einem Schutzgebiete eine Apotheke betreiben will, bedarf dazu, ausser der Approbation zum selbständigen Betriebe einer Apotheke im Gebiete des Deutschen Reiches, der schriftlichen Erlaubnis des Gouverneurs, die unter Angabe der Gründe versagt werden kann.

Der Bewerbung sind die nachstehend aufgeführten persönlichen Ausweise beizufügen:

- 1.) der Lebenslauf,
- 2.) die Approbation, in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift,
- 3.) die amtlich beglaubigten nach der Zeitfolge geordneten und gehefteten Zeugnisse über die bisherige Beschäftigung seit Ablegung der Staatsprüfung in Urschrift oder beglaubigter Abschrift,
- 4.) polizeiliche, der Zeitfolge nach geordnete und geheftete Führungszeugnisse in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift aus allen Orten, an denen der Bewerber seit Ablegung der Staatsprüfung als Apotheker oder in sonstiger Beschäftigung tätig gewesen ist,
- 5.) ein amtlich beglaubigter, aus neuester Zeit herrührender Nachweis über die zur Errichtung und zum Betriebe einer Apotheke erforderlichen Geldmittel.

1) AAzDOA (1911), 29, 8. Juli.

Der Gouverneur ist ermächtigt, von der Beibringung einzelner der unter 3-5 benannten Nachweise aus besonderen Gründen abzusehen.

§ 2

Die Erlaubnis darf nur natürlichen Personen erteilt werden.

Beim Erwerb einer bestehenden Apotheke darf die Erlaubnis, abgesehen von den Fällen des § 3 und, sofern den Erfordernissen des § 1 genügt ist, nur aus wichtigen Gründen versagt werden.

§ 3

Die Erlaubnis muß versagt werden, wenn der Bewerber:

- 1.) sich nicht im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte befindet,
- 2.) infolge gerichtlicher Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt ist.

§ 4

Die Erlaubnis zum Betriebe der Apotheke kann durch den Gouverneur zurückgenommen werden:

- 1.) wenn der Berechtigte wegen eines Verbrechens oder Vergehens, bei welchem auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann oder bei welchen ein Verstoss gegen die Berufspflichten eines Apothekers vorliegt, rechtskräftig verurteilt worden ist,
- 2.) wenn der Berechtigte sich durch wiederholte Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften über den Betrieb von Apotheken als unzuverlässig in bezug auf die Ausübung des Apothekerberufs erwiesen hat,
- 3.) wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren die Erlaubnis erteilt worden ist,
- 4.) wenn der Berechtigte unbefugt den Betrieb der Apotheke einstellt oder durch einen anderen dem der Gouverneur die Ausübung nicht gestattet hat, wahrnehmen lässt,

- 5.) wenn der Berechtigte unbefugt den Betrieb der Apotheke länger als ein Jahr durch einen Stellvertreter wahrnehmen lässt,
- 6.) wenn der Berechtigte den Betrieb der Apotheke binnen der festgesetzten Zeit nicht beginnt.

§ 5

Die Erlaubnis zum Betriebe einer Apotheke erlischt:

- 1.) durch Verzicht,
- 2.) durch Zurücknahme der Approbation des Berechtigten,
- 3.) durch Entmündigung des Berechtigten,
- 4.) durch Eröffnung des Konkurses über das Vermögen des Berechtigten,
- 5.) durch den Tod des Berechtigten.

Wenn bei dem Tode im Falle der Entmündigung eine Witwe, eine Ehefrau oder minderjährige, eheliche Kinder vorhanden sind, so ist diesen, und zwar der Witwe bis zur Wiederverheiratung, der Ehefrau bis zur Auflösung der Ehe, den Kindern bis zur Großjährigkeit der Weiterbetrieb für ihre Rechnung durch einen approbierten Apotheker zu gestatten, dessen Anstellung der Genehmigung des Gouverneurs bedarf. Diese Genehmigung kann dem Apotheker in den Fällen der §§ 3,4 entzogen werden. Wird während des Weiterbetriebes der Apotheke für Rechnung der Ehefrau oder der Kinder des Entmündigten die Entmündigung aufgehoben, so fällt die Erlaubnis mit der Aufhebung der Entmündigung wieder an den Apotheker zurück.

Sind bei dem Tode oder im Falle der Entmündigung des Berechtigten andere als die im vorstehenden Absatze genannten Angehörigen vorhanden, so kann ihnen seitens des Gouverneurs der Weiterbetrieb durch einen approbierten Apotheker auf Zeit gestattet werden; den Zeitraum bestimmt der Gouverneur.

§ 6

Zweigapotheken sind nur an solchen Orten zuzulassen, an welchen noch keine Apotheke besteht.

Die Errichtung und der Betrieb bedarf der schriftlichen Erlaubnis des Gouverneurs.

Der Gouverneur kann die Erlaubnis an die Erfüllung von Bedingungen knüpfen.

§ 7

Hausapotheken, aus denen Gegenstände an Dritte abgegeben werden sollen, sind nur an solchen Orten zulässig, an denen sich keine Voll- oder Zweigapotheke befindet. Der Gouverneur kann in besonderen Fällen Ausnahmen auf beschränkte Zeit zulassen.

Der Betrieb bedarf der schriftlichen Erlaubnis des Gouverneurs, welche auf Widerruf erteilt wird:

- 1.) Aerzten, jedoch nur zum Zwecke der Arzneimittelabgabe, an die von ihnen behandelten Kranken,
- 2.) Tierärzten für die Abgabe von Tierarzneimitteln innerhalb ihrer Berufstätigkeit,
- 3.) Kranken- Pflege, und ähnlichen Anstalten zum Zwecke der Arzneimittelabgabe an ihre Angestellten.

Die Erlaubnis zum Betriebe einer Hausapotheke erlischt mit dem Zeitpunkt der Eröffnung einer Voll- oder Zweigapotheke am gleichen Ort. Der Betrieb der Hausapotheke ist in den unter 1.) und 2.) genannten Fällen durch den vom Gouverneur hierzu ermächtigten Arzt oder Tierarzt zu führen, in den unter 3.), 4.) und 5.) genannten Fällen durch einen vom Gouverneur ermächtigten approbierten Apotheker oder eine sonstige durch den Gouverneur ermächtigte andere geeignete Persönlichkeit.

Der Gouverneur kann die Erteilung der Erlaubnis an die Erfüllung von Bedingungen knüpfen.

Die Arzneimittel pp., welche dem freien Verkehr entzogen sind (§ 11), müssen aus einer Apotheke des Schutzgebietes bezogen werden.

§ 8

Der Gouverneur ist ermächtigt, über die Stellvertretung des Berechtigten besondere Bestimmungen zu treffen.

§ 9

Für die Beschaffenheit, Zubereitung und Aufbewahrung der Arzneimittel sind die Vorschriften des Arzneibuches für das Deutsche Reich zu beachten. Der Gouverneur kann Abweichungen gestatten, die den besonderen Verhältnissen im Schutzgebiet Rechnung tragen.

Das deutsche Arzneibuch ist in den Schutzgebieten ein Vierteljahr nach seinem Inkrafttreten in Deutschland in Anwendung zu bringen.

§ 10

Für die Berechnung von Arzneien und sonstigen Zubereitungen ist die jeweils im Deutschen Reich geltende Arzneitaxe mit einem von Gouverneur festzusetzenden Aufschlage zu Grunde zu legen.

Für die Abgabe von Arzneimitteln und sonstigen Zubereitungen an Eingeborenen-Polikliniken kann der Gouverneur einen geringeren als den sonst gültigen Aufschlag festsetzen.

Die Arzneitaxe ist in den Schutzgebieten ein Vierteljahr nach ihrem Inkrafttreten in Deutschland in Anwendung zu bringen. Die Arzneitaxe gilt auch für Zweig- und Hausapotheken, sofern nicht der Gouverneur Ausnahmen bestimmt.

§ 11

Die Kaiserliche Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 (R. G. Bl. S. 380), sowie die nachstehend aufgeführten Vorschriften des Bundesrats und die an ihre Stelle tretenden oder ergänzenden Verordnungen und Vorschriften finden entsprechende Anwendung, soweit nicht der Gouverneur Ausnahmen zulässt.

1.) Die Vorschriften, betreffend Abgabe stark wirkender Arzneimittel, sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken (vom 13. Mai 1896 und 22. März 1898).

2.) Die Vorschriften über den Verkehr mit Geheimmitteln und ähnlichen Arzneimitteln vom 23. Mai 1903 und 27. Juni 1907.

3.) Die Vorschriften über den Handel mit Giften vom 29. November 1894, 17. Mai 1901 und 1. Februar 1906.

§ 12

Der Apothekenbetrieb unterliegt der Aufsicht des Gouverneurs oder des von ihm ermächtigten Beamten. Die Aufsichtsorgane haben das Recht, den Berechtigten oder seinen Stellvertreter zur vorschriftsmässigen Betriebsführung anzuhalten und jederzeit Besichtigungen der Apotheke vornehmen zu lassen.

Mindestens einmal innerhalb dreier Jahre ist jede Apotheke einer unvermuteten Besichtigung zu unterziehen.

Von den Berechtigten kann ein Ersatz der Besichtigungskosten nicht gefordert werden.

Haben sich bei einer Besichtigung erhebliche Unregelmässigkeiten ergeben, so kann eine wiederholte Besichtigung auf Kosten des Berechtigten erfolgen.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten auch für Zweig- und Hausapotheken.

§ 13

Der zum Apothekenbetriebe Berechtigte, sowie sein Stellvertreter sind verpflichtet, dem mit der Ausführung der Besichtigung Beauftragten sämtliche Räume der Apotheke zugänglich zu machen, die Vorrichtungen, Gerätschaften und Warenbestände, die Geschäftsbücher vorzuweisen, sowie jede erforderliche Auskunft über den Betrieb zu erteilen und alle notwendigen Untersuchungen zu gestatten.

Verfälschte und verdorbene Waren sind mit Beschlag zu belegen und können, wenn der Berechtigte oder sein Stellvertreter keinen Widerspruch erhebt, auf Kosten des Berechtigten vernichtet werden. Wird Widerspruch erhoben, so entscheidet der Gouverneur, ob die Waren freizugeben oder zu vernichten sind.

Auf die Beitreibung der Kosten, in den Fällen des Abs. 2 und § 12 Abs. 3, 4 finden die Vorschriften der §§ 1 ff. der Kaiserlichen Verordnung vom 14. Juli 1905 betreff. Zwangs- und Strafbefugnisse der Verwaltungsbehörden in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee (Reichs-Gesetzbl. S. 717) Anwendung.

§ 14

Der Gouverneur ist ermächtigt, Vorschriften über die Arzneimittel, Vorräte, Einrichtungen und Gerätschaften, welche in jeder Voll-, Zweig oder Hausapotheke vorhanden sein müssen, sowie über deren Mengen zu erlassen (Betriebsordnung).

§ 15

Der Betrieb von Nebengeschäften des Apothekergewerbes ist dem zum Apothekenbetriebe Berechtigten gestattet.

Der Betrieb anderer Geschäfte bedarf der schriftlichen Erlaubnis des Gouverneurs.

§ 16

Mit Geldstrafen bis zu 600 M, im Unvermögensfalle mit Haft oder Gefängnis bis zu 3 Monaten, wird bestraft, wer eine Apotheke betreibt, ohne im Besitze der erforderlichen Erlaubnis zu sein.

§ 17

Mit Geldstrafe bis zu 150 M, im Unvermögensfalle mit Haft, wird bestraft:

- 1.) wer entgegen den §§ 6,7 eine Zweig- oder Hausapotheke betreibt,
- 2.) wer den Vorschriften der §§ 9 bis 11, sowie den darin angezogenen Bestimmungen und den auf Grund des § 14 erlassenen Vorschriften zuwiderhandelt,
- 3.) wer den ihm nach § 13 Abs. 1 obliegenden Verpflichtungen zuwiderhandelt.

§ 18

Mit Geldstrafe bis zu 150 M, im Unvermögensfalle mit Haft, wird bestraft:

- 1.) wer den Apothekenbetrieb unbefugt durch Stellvertreter wahrnehmen lässt,
- 2.) wer für fremde Rechnung eine Apotheke betreibt, ohne im Besitz der erforderlichen Genehmigung zu sein,
- 3.) wer beim Betrieb einer im §7 dieser Verordnung bezeichneten Apotheke wissenentlich Arzneien in anderen Fällen, als ihm gestattet ist, abgibt,
- 4.) wer den Vorschriften des § 15, Abs. 2 zuwiderhandelt.

§ 19

Die Bestimmungen über den Betrieb der amtlichen Apotheken (Gouvernements-Lazarettapotheken) werden durch die vorliegende Verordnung nicht berührt.

§ 20

Diese Verordnung tritt mit dem 1. Mai 1911 in Kraft.

Berlin, den 12. Januar 1911

Der Reichskanzler.

In Vertretung .

gez.: v. Lindequist

ANHANG II

AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN

ZUR

Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika, vom 12. Januar 1911.¹

Auf Grund der §§ 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 und 14 der Verordnung des Reichskanzlers usw. wird hierdurch bestimmt, was folgt:

Kapitel 1) Hausapotheken, Berechnung der Arzneipreise, Abgabe starkwirkender Arzneimittel, Einführung des deutschen Arzneibuches V. Ausgabe.

Artikel 1.: Hausapotheken.

§ 1

Der Weiterbetrieb der zur Zeit bei Missionen bestehenden Hausapotheken wird bis auf weiteres auch an solchen Orten gestattet, an denen sich eine Voll- oder Zweigapotheke befindet.

§ 2

Die zum Betriebe von Hausapotheken gemäss § 7 der Reichskanzlerverordnung erforderliche schriftliche Erlaubnis des Gouverneurs ist für sämtliche derartige Apotheken bis zum 1. Januar 1912 einzuholen, und zwar unter Angabe der Persönlichkeit, die zur Abgabe von Arzneimitteln ermächtigt zu werden wünscht.

§ 3

Gemäss § 7 der Reichskanzlerverordnung müssen seitens der Hausapotheken alle Arzneimittel aus Apotheken des Schutzgebietes bezogen werden, die nicht in den auf Grund des § 11 der Reichskanzler-Verordnung erlassenen Bestimmungen betr. den Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken, dem freien Verkehr überlassen sind.

AAzDOA (1911), 29, 8. Juli

Sämtliche Arzneimittel müssend en Vorschriften desd deutschen Arzneibuches entsprechen.

Den Hausapotheken der Missionen wird jedoch bis auf weiteres gestattet, etwa bisher verwendete Arzneimittel ausländischer Herkunft unter Beibehaltung der früheren Bezugsquelle in ihren Polikliniken fernerhin zu gebrauchen, auch wenn diese Zubereitungen den Anforderungen des deutschen Arzneibuches nicht völlig entsprechen, aber nicht Mittel enthalten, die dem freien Verkehr entzogen sind.

§ 4

Die in bereits bestehenden Hausapotheken zur Zeit vorhandenen Arzneimittel, die den Anforderungen des deutschen Arzneibuches nicht genügen, dürfen bis zum 31. Dezember 1912 verwendet werden.

Artikel 2.: Berechnung der Arzneipreise.

§ 1

Für die Berechnung von Arzneien und sonstigen Zubereitungen ist ~~de~~ jeweils im deutschen Reiche geltende Arzneitaxe mit einem Aufschlage von 100 % zu Grunde zu legen. Für die Anfertigung von Medikamenten in der Zeit von 8 Uhr abends bis 6 Uhr morgens darf ein Aufschlag bis zu 200 % genommen werden.

§ 2

Die Berechnung von fertig aus Deutschland bezogenen bzw. fabrikmässig hier im Lande hergestellten Arzneimitteltabletten sowie anderer Mittel, für die Preise in der Taxe nicht besonders ausgeworfen sind, hat in folgender Weise zu geschehen: Unter Zugrundelegung des Engros-Einkaufspreises ist gemäss der in der Taxe aufgeführten Grundsätze für die Berechnung der Arzneimittel preise ein den Taxebestimmungen entsprechender Preis festzustellen und durch Hinzurechnung des zulässigen Aufschlages der Verkaufspreis zu ermitteln.

Bei Abgabe von Tabletten hat diese Art der Preisfestsetzung, d.h. ohne Anrechnung von Rezepturkosten immer zu erfolgen, wenn es sich um Dispensation von 50 oder mehr Tabletten gleicher Art auf einmal handelt.

Kleinere Mengen dürfen nach den Grundsätzen für die Berechnung der Arzneipreise berechnet werden.

§ 3

Für Chinintabletten und Thymoltabletten ist auf weiteres nur ein Aufschlag von 50 % erlaubt.

§ 4

Bei Abgabe von Arzneimitteln an Eingeborenen-Polikliniken ist stets höchstens ein Aufschlag von 50 % zulässig.

Artikel 3.: Abgabe starkwirkender Arzneimittel

§ 1

Die Vorschriften, betreffend Abgabe starkwirkender Arzneimittel, sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefässe in den Apotheken (vom 13. Mai 1896 und 22. März 1898), treten gemäss der Reichskanzler-Verordnung in Kraft, jedoch mit der Ausnahme, daß zur Erleichterung des Arzneimittelverkehrs folgende häufig gebrauchte starkwirkende Arzneimittel seitens der Voll- oder Zweigapotheken bis auf weiteres auch ohne ärztliche Verordnung an Europäer und diesen Gleichgestellte abgegeben werden dürfen:

Acidum tannicum cum Opio	in Tabletten
Hydrargyrum bichloratum	" "
Migraenin (oder Ersatz)	" "
Natrium salicylicum	" "
Pulvis Ipecacuanhae opiatum	" "
Pyrazolonum phenyldimethylicum (Antipyrin)	" "
Sulfonal	" "

Sublimat-tabletten dürfen jedoch nur gegen Giftschein verabfolgt werden.

§ 2

Auf eine genaue und sorgfältige Bezeichnung der genannten Arzneimittel ist bei der Abgabe besonders Gewicht zu legen.

Artikel 4.:

Einführung des deutschen Arzneibuches V. Ausgabe

§ 1

Zur Anschaffung der nach dem neuen Arzneibuch erforderlichen Waage und des Mikroskopes wird eine Frist bis zum 31. Dezember 1912 festgesetzt.

§ 2

Arzneimittel, die bei dem Inkrafttreten der Ausgabe des Deutschen Arzneibuches in den Apotheken vorhanden sind, aber den neuen Anforderungen noch nicht entsprechen, dürfen bis zum 31. Dezember 1912 vorrätig gehalten und verabfolgt werden.

§ 3

Die in der 5. Ausgabe des Deutschen Arzneibuches neu eingeführten Bezeichnungen der Arzneimittel sind auf den Behältnissen in allen Apothekenräumen spätestens bis zum 31. Dezember 1914 herzustellen.

§ 4

Die auf Grund der Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken (Bundesratsbeschluss vom 31. Mai 1896) erforderlichen Aufschriften auf den Behältnissen für solche Arzneimittel, die in der 5. Ausgabe des Arzneibuches in den Verzeichnissen der vorsichtig (Tabelle C) oder sehr vorsichtig (Tabelle B) aufzubewahrenden Mittel aufgeführt sind, müssen in den vorgeschriebenen Farben längstens bis zum 31. Dezember 1912 angebracht sein.

§ 5

In bestehenden Apotheken dürfen die Gefäße der Reagentien, die die bisher übliche Bezeichnung des Reagens mit den lateinischen Namen tragen, bis auf weiteres beibehalten werden.

KAPITEL 2

Bestimmungen über Einrichtung und den Betrieb von Apotheken. (Apothekenbetriebsordnung .)

Artikel 5.: Einrichtung.

§ 1

Eine Apotheke soll aus folgenden Räumen bestehen:

- 1.) der in der Regel im Erdgeschoße befindlichen Offizin,
- 2.) den Räumen zur Aufbewahrung der vorrätigen Arzneimittel,
- 3.) dem Laboratorium.

Sämtliche Räumlichkeiten sollen verschliessbar sein und nach Grösse und Einrichtung dem Geschäftsumfange entsprechen. Sie sind stets in gutem baulichen Zustande, sauber und ordentlich zu erhalten.

§ 2

Das Haus, in welchem eine Apotheke sich befindet, muß außen mit der Bezeichnung "Apotheke" und neben dem Eingange mit einer für die Apotheke bestimmten Nachtglocke versehen sein.

I. Die Offizin.

§ 3

Die Offizin soll trocken, leicht lüftbar und hell mit Rezeptier- und Handverkaufstisch, sowie mit den erforderlichen Warengestellten ausgestattet sein, deren oberer Teil offene Reihen für die Standgefässe bietet, während der untere Schränke oder Schiebkästen aus geruchlosem Holze enthalten kann. Die Schiebekästen müssen in vollen Füllungen laufen oder Staubdeckel haben.

Die Warengestelle müssen so eingerichtet sein, daß zwischen der letzten Kastenreihe und dem Fußboden sich eine Luftschicht befindet.

§ 4

Der Rezeptiertisch soll geräumig, mit einer leicht zu reinigenden Platte versehen, mindestens mit einer feinen Taxierwage bis zu 1000 g Tragkraft, vier Handwagen, deren kleinste 5 g Tragfähigkeit hat, sowie den zugehörigen Gewichten von 200 g. abwärts und den erforderlichen Arbeitsgeräten ausgestattet, vom Handverkaufstische räumlich oder in sonst geeigneter Weise getrennt und gegen das Publikum abgesperrt sein.

§ 5

Der Handverkaufstisch, welcher eine Verlängerung des Rezeptiertisches sein kann, ist mit eigenen Wagen und Gewichten, sowie mit besonderen Geräten auszustatten; er soll ebenfalls eine leicht zu reinigende Platte haben.

§ 6

Für die Rezeptur sind mindestens folgende Geräte erforderlich:

- ein Emulsionslöser von Porzellan oder Marmor mit hölzernem Pistill,
- vier Porzellanmörser außer den bezeichneten (Messingmörser sind daneben zulässig)
- zwei eiserne Pillenmörser,
- je ein bezeichneter Porzellanmörser für Gifte, Morphinum und Jodoformium,
- ein Normal - Tropfenzähler,
- eine eiserne und eine aus Holz, Hartgummi oder Horn hergestellte Pillenmaschine, letztere für die Mittel der Tab. B. des Arzneibuches mit "Gift" bezeichnet,
- eine Vorrichtung zur Herstellung von zusammengepressten Arzneizubereitung (Tabletten),
- ein Handdampfkocher mit je einer Infundierbüchse von Zinn und Porzellan und den erforderlichen Koliervorrichtungen,
- außerdem Pulverschiffchen von Horn oder Hartgummi, Spatel, Löffel von Horn, Holz, Hartgummi oder edlem Metall, darunter bezeichnet Löffel, je einer für Gifte, Morphinum und Jodoformium,
- endlich die erforderlichen Gefäße, Kästchen etc. zur Aufnahme der zubereiteten Arzneien in ausreichender Zahl. Die Ausstattung mit Geräten, sowie mit Wagen und Gewichten, (§ 4) richtet sich nach dem Umfange des Geschäftsbetriebes.

§ 7

In der Offizin oder in einem an dieselbe anstossenden Nebenräume ist eine Reinigungs- (Spül-) Vorrichtung, wenn möglich mit fließendem Wasser anzubringen.

§ 8

Die Arzneimittel sind in Behältnissen von Glas, Porzellan, Steingut, verzinnem Blech, geruchlosem Holz oder sonst geeignetem Material aufzubewahren.

Die Arzneibehältnisse sind in den durch den Bundesratsbeschluss vom 13. Mai 1896 nach der Nomenklatur des Arzneibuches inhaltsgemäß in dauerhafter Schrift deutlich zu bezeichnen; lackierte Papierschilder mit Druck oder deutlicher Schrift sind zulässig.

Für die Standgefäße der Säuren und Laugen, sowie des Bromum und Jodum ist radierte Schrift statthaft.

Sämtliche Behältnisse und Bezeichnungen sind in gutem Zustande zu erhalten.

§ 9

Jedes Arzneibehältnis darf nur das der äusseren Bezeichnung entsprechende Arzneimittel enthalten: in geteilten Kästen oder in Kästen mit einzeln bezeichneten Einsatzgefässen von geeignetem Material kann derselbe Stoff in verschiedener Form (ganz und zerkleinert) aufbewahrt werden.

Papierbeutel als Einlagen in Kästen sind unstatthaft.

Auf Arzneimittel, welche zur schnelleren Abgabe verpackt in ordnungsmässigen Behältnissen aufbewahrt werden, findet diese Vorschrift keine Anwendung.

Arzneispezialitäten dürfen nur dann gemeinsam in Schränken oder Schiebekästen aufbewahrt werden, wenn sie in abgeschlossenen Packungen sich befinden, einzeln bezeichnet, sowie ordnungsgemäß und übersichtlich aufgestellt sind. Eine äussere Bezeichnung der Schränke oder Schiebekästen ist in diesem Falle nicht erforderlich.

§ 10

Die sehr vorsichtig aufzubewahrenden Mittel (Tab. B. des Arzneibuches), sowie alle dort nicht verzeichneten Mittel von gleicher Wirkung mit Ausnahme des Phosphors, dürfen in der Offizin oder in einem geeigneten Nebenraum in kleinen Mengen in einem

besonderen, äußerlich mit "Gift" oder "Tab. B." oder "Venena" bezeichneten Behältnisse vorrätig gehalten werden. Hinder der äußeren Tür derselben, welche außer der Zeit der Benutzung stets verschlossen zu halten ist, müssen drei oder vier ebenfalls verschließbare Abteilungen (Schränkchen oder zum Verschließen eingerichtete Schubfächer), je eine zur Aufnahme der Alcaloïda, bei welchen auch die Cyanverbindungen aufbewahrt werden können, der Arsenicalia und Mercurialia sich befinden. Die Türen dieser Abteilungen sind mit entsprechender dauerhafter Bezeichnung zu versehen.

In diesem Giftbehältnis oder in einem besonderen Kästchen müssen sich die mit "Gift" oder "Tab. B." oder "Venena" bezeichneten Geräte, mindestens: 1 Wage, 1 Löffel, 1 Mörser ebenfalls befinden; dieselben sind stets für die Verabfolgung und Verarbeitung jener Stoffe zu benutzen und nach dem Gebrauche sorgfältigst zu reinigen.

Der Schlüssel zum Giftbehältnis ist zuverlässig aufzubewahren.

§ 11

Die vorsichtig aufzubewahrenden Mittel (Tab. C des Arzneibuches) sowie alle dort nicht verzeichneten Mittel von gleicher Wirkung sind in besonderen, nur für die Mittel bestimmten Abteilungen der Warengestelle unterzubringen.

§ 12

Morphium und dessen Salze, sowie für die Rezeptur vorrätige Zubereitungen derselben (Verreibungen, Lösungen, Tabletten) sind in der Offizin in einem besonderen, lediglich für diesen Zweck bestimmten, verschließbaren mit "Tab C" bezeichneten Schränkchen, welches aber von dem sonstigen Aufstellungsplatz der Mittel der "Tab. C." entfernt angebracht sein muß, aufzubewahren.

Als Zubereitungen des Morphiums und seiner Salze für die Rezeptur sind allein zulässig:

- 1.) eine Verreibung von 1 Teil des Morpium hydrochloricum oder eines anderen Morpiumsalzes mit 9 Teilen Zucker,
- 2.) Lösungen von 1 Teil dieser Salze in 49 Teilen
 - a) aqua destillata,
 - b) aqua amygdalarum amararum,

3.) Tabletten,

4.) Injektionen in Ampullen.

Als Standgefäße für Morphinum, dessen Salze und die vorbezeichneten Zubereitungen 1 - 3 sind dreieckige zu verwenden, welche an einer Seite die vorschriftsmässige Bezeichnung des Inhalts in eingebrannter roter Schrift auf weißem Schilde tragen.

Der Innenraum des Schränkchens muß aus zwei Abteilungen bestehen, deren eine, mit verschließbarer Tür versehen, für die unvermischten Morphinumpräparate bestimmt ist, während in der anderen offenen die Lösungen, Mischungen, Tabletten und Injektionen aufzubewahren sind.

§ 13

Lösungen von Extrakten mit Ausnahme der narkotischen, abgeteilte Pulver für die Rezeptur, fertige Abkochungen, Aufgüsse, mit Ausnahme der in das Arzneibuch aufgenommenen, dürfen nicht vorrätig gehalten werden.

Zusammengepreßte Arzneizubereitungen (Tabletten, welche Arzneistoffe der Tabellen B oder C des Arzneibuches enthalten, nach Art und Gehalt unter Verwendung eines Kautschukstempels oder in sonst geeigneter Weise einzeln deutlich und leserlich zu bezeichnen. Ausgenommen davon sind Tabletten in Originalpackungen wie z.B. Stypticin-Tabletten Merck.

Sublimat-Tabletten, die rot gefärbt sein müssen, können in kleine Röhrchen oder Flaschen verpackt, die die genaue Bezeichnung mit dem Vermerk "Gift" tragen, ohne Aufdruck abgegeben werden.

Salzlösungen vorrätig zu halten, ist gestattet, wenn die gelöste Substanz nicht zersetzbar und die Lösung haltbar ist; das Lösungsverhältnis ist auf der Signatur des Standgefäßes in gleicher Weise wie die Bezeichnung des Inhalts zu vermerken.

§ 14

Diejenigen Mittel, welche durch Lichteinfluss leiden, sind in schwarzen oder gelben Gläsern oder sonst nach Vorschrift des Arzneibuches, alle übrigen Mittel so aufzubewahren, daß sie in tadellosem Zustande bleiben, narkotische und aromatische Pflanzenteile sollen in gut schließenden Behältnissen, Jodoformium mit den bezeichneten Dispensiergeräten in einem besonderen Schrank oder Kasten untergebracht werden. Eine bezeichnete Waage für Jodoformium ist außerhalb dieses Behältnisses gesondert aufzubewahren.

§ 15

Die Standgefäße und Schiebekästen sind in Gruppen alphabetisch übersichtlich zu ordnen.

2. Die Räume zur Aufbewahrung der vorrätigen

Arzneimittel.

§ 16

Die Vorratsräume sollen hell, leicht lüftbar und mit einfachen Warengestellen, sowie den erforderlichen Wagen und Gewichten ausgestattet sein. Schiebekästen müssen aus geruchlosem Holz gefertigt sein, in vollen Füllungen laufen oder Staubdeckel haben.

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Vorschriften in § 10 und 11 über die Absonderung der vorsichtig aufzubewahrenden Mittel sind die Räume ordentlich und sauber zu halten.

§ 17

Mittel der Tabelle B des Arzneibuches sind in der Giftkammer aufzubewahren. Diese soll sich in einem der Vorratsräume befinden und eine durchbrochene oder feste Umwährung haben, welche außer der Zeit der Benutzung stets verschlossen zu halten ist. Sie muß durch Tageslicht gut erhellt und so geräumig sein, daß ein erwachsener Mensch sich zum Abwägen der Gifte frei darin bewegen kann. Die Eingangstür ist an der Außenfläche auf schwarzem Grunde in weißer Schrift mit der Bezeichnung "Gift" oder "Tab. B." oder Venena" zu versehen.

In der Giftkammer ist der mit dem erforderlichen Arbeitstische (Dispensierplatte) versehene Giftschränk aufzustellen, dessen Tür in gleicher Weise, wie die Eingangstür zur Giftkammer, zu bezeichnen und außer der Zeit der Benutzung stets verschlossen zu halten ist. In dem Giftschränke müssen sich die im § 10 erwähnten drei oder vier verschlossenen und an den Türen entsprechend bezeichneten Abteilungen für die Vorräte der sehr vorsichtig aufzubewahrenden Mittel befinden. Die im § 10 bezeichneten Geräte müssen auch hier vorhanden sein.

Wo die Verhältnisse die Anlage der Giftkammer in dem Vorratsraume nicht gestatten, darf ein anderer, sicher und wenn möglich neben dem Vorratsraume belegener, von den Wohnräumen und Wirtschaftsgelassen völlig getrennter Raum dazu benutzt werden.

Sollten vorübergehend größere Mengen zubereiteter Gifte gebraucht werden, so können dieselben in dichten und fest verschlossenen Behältnissen auch außerhalb des Schrankes in der Giftkammer mit den zur Herstellung solcher Giftmischungen dienenden Gefäßen etc. aufgestellt werden.

Der Schlüssel zum Giftschranks ist zuverlässig aufzubewahren.

Ist der Bedarf an Gift so gering, daß der gesamte Vorrat in dem Giftbehältnis der Offizin aufbewahrt werden kann, so ist eine besondere Giftkammer nicht erforderlich.

Der Phosphor muß unter Wasser, in einer mit Glasstöpsel verschlossenen, bezeichneten Flasche, welche in Sand oder Asbest in einer außen lackierten, bezeichneten Eisenblechkapsel steht, aufbewahrt und nebst allen Phosphorzubereitungen in einer Mauernische, welche mittelst einer eisernen oder mit Eisenblech beschlagenen, bezeichneten Tür verschlossen ist, oder in einem eisernen Schranke oder in einer anderen, gleich feuersicheren Weise unter Verschuß aufgestellt werden.

3. Das Laboratorium

§ 18

Das Laboratorium soll nach Größe und Ausstattung dem Geschäftsbetriebe entsprechen, hell und leicht lüftbar, feuersicher, am Fußboden wasserdicht und mit feuerfester Decke versehen sein.

Dasselbe muß mindestens mit einer kleinen Dampfkoch- und Dampfdestillations-Vorrichtung nebst erforderlichen Ausrüstungsgegenständen, und einem Trockenschrank, sowie mit den erforderlichen Wagen und Gewichten ausgestattet sein.

Der Trockenschrank kann auch an einem anderen Orte aufgestellt werden, muß dann aber verschließbar sein und den sonstigen Vorschriften entsprechen.

Die in dem Arzneibuche zur Prüfung der Arzneimittel vorgeschriebenen Reagentien und massanalytischen Lösungen nebst den dazu gehörigen Geräten,

ein Messkolben zu 1 l,
ein Messkolben zu 500 ccm,
ein Messkolben zu 100 ccm Inhalt,
ein Kölbchen zu 50 ccm Inhalt mit engem, in 1/10 ccm geteiltem Hals,
vier Vollpipetten von 5, 10, 20, 25 ccm
zwei Messpipetten zu 5 und 10 ccm Inhalt, in 1/10 abgeteilt,
zwei Büretten zu 25 - 50 ccm Inhalt, in 1/10 ccm abgeteilt, mit Glasver-
schluß versehen, nebst Stativ,

ferner:

drei Scheidetrichter zu etwa 200 ccm Inhalt,
zwei Glaszylinder zu 100 und 200 ccm Inhalt, mit Glasstöpsel ohne Hülle,
in 1/1 ccm abgeteilt,
zwei Uhrgläser mit Klemme,
eine Waage zur Bestimmung des spezifischen Gewichts und für feinere Wägungen,
die bei 100 g Belastung noch 0,001 g mit Sicherheit erkenne läßt.
ein Exsikkator,
ein Luftbad,
ein Siedethermometer,
eine Einrichtung zur Bestimmung des Schmelzpunktes und des Siedepunktes nebst
den erforderlichen Kapillarröhrchen, mehrere Tiegel zur Ermittlung des
Verbrennungsrückstandes, mehrere mindestens 75 cm lange, etwa 5 mm weite
Glasrohre aus Kaliglas
mehrere Sidekölbchen, Kölbchen aus Jenaer Glas, Bechergläser und Probierrohre
von ungefähr 20 mm Weite
ein Mikroskop, das eine mindestens 350-fache Linearvergrößerung leistet und mein
einem Okularmikrometer ausgestattet ist,
ein Perkulator,

sind vorrätig zu halten und sachgemäß in den Geschäftsräumen aufzubewahren.

Für diejenigen Reagentien, die in gebrauchsfertigem Zustand im Verkaufsraume
aufgestellt sind, oder die nur bei Bedarf hergestellt werden sollen, sind besondere
Standgefäße nicht erforderlich.

Die Reagentien und volumetrischen Lösungen für ärztliche Untersuchungen (Anlage III des Arzneibuches) brauchen nicht vorrätig gehalten zu werden.

Sofern in einer Apotheke Drogen- oder Arzneistoffe selbst zerkleinert oder zubereitet werden sollen, sind die im Arzneibuche geforderten Siebe mit den vorgeschriebenen Nummern versehen, an geeignetem Platze gegen Verunreinigung geschützt, aufzubewahren.

Die Verwendung von Sieben aus Kupfer, Messing- oder Bronzedraht ist nicht gestattet.

§ 19

Alle Nebenräume sind mit einem Arbeitstisch auszustatten.

§ 20

Sämtliche Waagen in der Offizin, wie in den Nebenräumen, von 1 kg Tragfähigkeit abwärts müssen ebenso wie sämtliche Gewichte von 500 g. abwärts präzisiert sein und den Bestimmungen der Eichordnung für das Deutsche Reich vom 27. Dezember 1884 entsprechen.

§ 21

Die Vorschriften der §§ 8, 9, 11, 13, 14 und 15 gelten auch für die Vorratsräume. Ausgenommen sind die im § 14 für Jodoformium getroffenen Bestimmungen.

§ 22

In jeder Voll- oder Zweigapotheke müssen vorhanden sein:

das deutsche Arzneibuch,

die deutsche Arzneitaxe;

die Bestimmungen des Reichskanzlers und des Gouverneurs über das Apothekenwesen in dem Schutzgebiete, die in einem Aktenheft vereinigt auf die Apotheke bezüglichen behördlichen Verfügungen in Druckexemplaren oder Originalen nach dem Datum geordnet und der Bescheid über die letzte amtliche Besichtigung; ein Giftverkaufsbuch nebst Belegen (Giftscheinen).

Vorstehend bezeichnete Bücher etc., und die Urkunden über die Befähigung, Betriebs- und Besitzberechtigung und die vorhandenen Rezepte sind bei Besichtigung auf Erfordern vorzulegen.

Artikel 6.: Betrieb.

§ 1

In jeder Voll- oder Zweigapotheke müssen die im folgenden Verzeichnis aufgeführten Mittel stets vorrätig und alle vorhandenen Mittel von vorschriftsmäßiger Beschaffenheit sein:

Acetum pyrolignosum crudum

Acidum aceticum

" acetylosilylicum (Aspirin)

" arsenicosum

" boricum

" carbolicum liquefactum

" diaethylbarbituricum (Veronal)

" hydrochloricum

" nitricum

" phosphoricum

" salicylicum

" sulfuricum

" tannicum

" tartaricum

Äther

Äther pro narkosi

Äther aceticus

Aloe

Alumen

Ammonium bromatum

" chloratum

Amylum Tritici

Aqua Amygdalarum amararum

Aqua Calcaria

Aqua destillata

Arecolinum hydrobromicum

Argentum nitricum

Argentum proteinicum (Protargol)
Atropinum sulfuricum
Balsamum peruvianum
Benzinum Petrolei
Bismutum subnitricum
Borax
Calcaria chlorata
Calcium sulfuricum ustum
Camphora
Cera flava
Chininum hydrochloricum
Chloralum hydratum
Chloroformium
Chloroformium pro narkosi
Cocainum hydrochloricum
Codeinum phosphoricum
Collempastrum andhäsivum
Collodium
Cortex Chinä
" Condurango
" Simarubä
Cuprum sulfuricum
Extractum Aloes
" Belladonnä
" Filicis
" Hydrastis fluidum
" Hyosyami
" Secalis cornuti fluidum
Ferrum pulveratum
" sulfuricum
Flores Chamomillä
Folia Digitalis
" Menthae piperitä
" Uvae Ursi
Formaldehyd solutus

Fructus Föniculi

Gelatina laba

Glycerinum

Grossypium depuratum

Gummi arabicum

Hexametylentetraminum (Urotropin)

Hydrargyrum

" bichloratum

" bijodatum

" chloratum

" " vapore paratum

" oxydatum

" " via humida paratum

" präcipitatum album

" salicylicum

Jodoformium

Jodum

Kalium bromatum

" carbonicum

" chloricum

" jodatum

" permanganicum

Lanolinum

Liquor Aluminii acetici

" Ammonii anisatus

" " caustriçi

" Cresoli saponatus

" Ferri sesquichlorati

Liquor Kali caustici, bezw. Kalium causticum fustum

" " arsenicosi

Liquor Plumbi subacetici, bezw. Plumbi subacetic.

in Tabletten

Magnesium carbonicum

" sulfuricum

Mentholum

Morphium hydrochloricum

Natrium bicarbonicum

" bromatum

" carbonicum siccum

" chloratum

" salicylicum

" sulfuricum

Oleum Cacao

" Jecoris Aselli

" Lini

" Menthae piperitae

Oleum Olivarum

" Ricini

" Santali oder in Kapseln

" Sinapis

" Terebinthinä

Opium pulveratum

Paraffinum liquidum

Pastilli Hydrargyri bechlorati

Pepsinum

Phenacetinum

Phenylum salicylicum

Plumbum aceticum

Pulvis Ipecacuanhaä opiatuſ

" Lipuiritiä composituſ

Pyrazolonum phenyldimethylicum (oder Antipyrin)

Radix Althaeae conc.

" I Ipecacuanhae conc.

" Senegae conc.

Saccharum

Saccharum Lactis

Sal Carolinum factitium

Santoninum

Sapo kalinus venalis

Sapo medicatus

Secale cornutum

Semen Sinapis pulv

Serum antidiphthericum No. II.

" antivenimeux Calmette

" antitetanicum No. II.

Sirupus Rubi Idaei

" simplex

Species pectorales

Spiritus

" aethereus

" camphoratus

" saponatus

" Sinapis

Succus Lipuiritiä depuratus

Sulfur depuratum

Talcum

Tartarus depuratus

" stibiatus

Terebinthina

Thymolum

Tinctura aromatica

" Chinä composita

" Digitalis

Tinctura Ferri pomati

" Jodi

" Myrrhae

" Opii simplex

" Rhei vinosa

" Strychni

" Valerianae aetherea

Unguentum acidi borici

Unguentum Hydrargyri cinereum

" Zinci

Vaselinum flavum

Veratrinum

Zincum oxydatum crudum

" sulfuricum.

Dieselben Waren in verschiedener Güte zu führen, ist dem Apotheker nicht gestattet.

Ausgenommen hiervon sind die lediglich zu technischen Zwecken dienehenden, als solche unzweideutig bezeichneten Waren.

§ 2

Der Apothekenvorstand ist für die Güte aller Mittel verantwortlich, gleichviel, ob er dieselben bezogen oder selbst hergestellt hat; die Herstellung darf nur nach Vorschrift des Arzneibuchs stattfinden.

Die gekauften Mittel sind nach den Bestimmungen des Arzneibuches auf Echtheit und Reinheit sorgfältig zu prüfen, bevor sie in Gebrauch genommen werden.

§ 3

Der Apothekenvorstand hat fortlaufend die Arzneistoffe, insbesondere die dem Verderben oder der Zersetzung unterliegenden, sorgfältig zu prüfen, und erforderlichen Falls durch einwandfreie Waren zu ersetzen.

§ 4

Ärztliche Verordnungen (Rezepte) sind unter Beobachtung größter Sauberkeit und Sorgfalt ohne Verzug auszuführen; vom Arzte als "eilig" bezeichnete gehen anderen Verordnungen vor. Die einzelnen Bestandteile dürfen nicht abgemessen sondern müssen abgewogen werden.

Die zur Verarbeitung von Giften und von stark riechenden Mitteln bestimmten Geräte dürfen anderweitig nicht benutzt werden.

Für die Farbe der Signaturen und die Wiederholung stark wirkender Arzneimittel sind die Bestimmungen des Bundesratsbeschlusses vom 13. Mai 1896 maßgebend.

§ 5

Die Signatur muß in deutscher Sprache deutlich und leserlich enthalten:

- a) die Bezeichnung der verabfolgenden Apotheke,
- b) den Tag der Herstellung der Arznei,
- c) die Gebrauchsanweisung.

Gebrauchsanweisungen in fremder Sprache sind daneben zulässig.

Wenn aus der Verordnung ersichtlich, muß auch der Name des Kranken auf der Signatur vermerkt sein.

§ 6

Auf der ärztlichen Verordnung ist sogleich nach der Anfertigung der ausgeschriebene Name des Anfertigers und baldigst die Taxe leserlich zu vermerken.

§ 7

Wenn der Apotheker in einer ärztlichen Verordnung einen Verstoß gegen die bestehenden Vorschriften oder einen Irrtum zu finden glaubt, so muß er darüber den verordnenden Arzt mündlich oder in einem verschlossenen Briefe verständigen. Besteht der Arzt auf Anfertigung seiner Verordnung, so kann der Apotheker dieselbe zwar auf dessen Verantwortung anfertigen, ist aber verpflichtet, dem Medizinalreferenten sogleich Anzeige zu machen.

Ist der verordnende Arzt nicht zu erreichen, so ist bei Überschreitung der Maximaldosen die vorgeschriebene Grenze herzustellen und dem Arzte tunlichst bald Kenntnis davon zu geben.

Unleserlich geschriebene Verordnungen dürfen, ohne Aufklärung durch den Arzt, nicht angefertigt werden.

Es ist nicht gestattet, ohne Einverständnis des Arztes für ein verschriebenes Arzneimittel ein anderes zu verwenden.

§ 8

Arzneien, welche nicht von approbierten Ärzten, Tierärzten und Zahnärzten verschrieben sind, dürfen nur dann angefertigt werden, wenn sie lediglich aus solchen Mitteln bestehen, die auch im Handverkauf abgegeben werden dürfen.

§ 9

Die in den Apotheken befindlichen ärztlichen Verordnungen dürfen anderen Personen als dem verordnenden Arzte, dem Kranken und dessen Beauftragten oder anlässlich einer Revision dem bevollmächtigten Medizinalbeamten, weder gezeigt, noch in Ur- oder Abschrift verabfolgt werden.

Artikel 7.: Personal

§ 1

Der Apothekenvorstand ist verpflichtet, den Eintritt und den Abgang jedes Gehilfen unter Beifügung des Gehilfenzeugnisses oder der Approbation und bei der Entlassung des Entlassungszeugnisses behufs amtlicher Beglaubigung desselben, dem Medizinalreferenten gleich nach dem Eintritt oder beim Abgang anzuzeigen.

Anderes als das bei Gouvernement angemeldete Personal darf in den Apotheken nicht beschäftigt werden.

Artikel 8.: Zweig- und Hausapotheken

§ 1

Für eine Zweigapotheke genügt eine vorschriftsmässig, entsprechend den örtlichen Verhältnissen eingerichtete Offizin mit einem Vorratsraum, in welchen auch kleinere Arbeiten vorgenommen werden können.

§ 2

Bezieht der Vorstand der Zweigapotheke die erforderlichen Arzneimittel direkt aus Deutschland, so ist er für die Beschaffenheit und Güte derselben verantwortlich. In diesem Falle müssen in der Zweigapotheke, die vom Arzneibuch zur Prüfung der Arzneimittel vorgeschriebenen Reagentien und massanalytischen Lösungen nebst den dazugehörigen Geräten (Artikel 5 § 18) vorhanden sein.

Wird der Bedarf an Arzneimitteln für die Zweigapotheke oder ausschliesslich durch die Mutter- (Voll) - Apotheke gedeckt, so sind die erwähnten Einrichtungen zur Prüfung der Arzneimittel nicht erforderlich, weil dann der Leiter der Vollapotheke für die Güte der gelieferten Arzneiwaren verantwortlich ist.

§ 5¹

Die Erlaubnis zum Betriebe einer Zweigapotheke erlischt mit dem Zeitpunkt der Eröffnung einer Vollapotheke am gleichen Ort ohne Entschädigung.

§ 4

Für Hausapotheken ist in einem hellen Raume ein verschließbarer Schrank aufzustellen, der die dem Arzneibuch entsprechende Absonderung der sehr vorsichtig bzw. sehr vorsichtig aufzubewahrenden Mittel von den indifferenten Arzneistoffen ermöglicht; außerdem müssen sich hier befinden: das erforderliche Arbeitsgerät an präzisierten Waagen und Gewichten, Mörsern etc.

Gelangen jedoch nur Arzneimittel zur Abgabe die in fertig dosiertem Zustande bezogen werden (Tabletten, Kapseln, Pillen), so ist das angeführte Arbeitsgerät nicht erforderlich.

Ferner müssen das deutsche Arzneibuch, die Genehmigung zum Halten einer Hausapotheke, die Apothekenbetriebsordnung, das Belagbuch über den Einkauf der Arzneimittel, und sofern Mittel gegen Entschädigung an Dritte abgegeben werden, die Arznei-taxe und ein Tagebuch zum Eintragen der Verordnungen nebst deren Taxipreisen vorhanden sein.

Die in den Hausapotheken vorhandenen Arzneimittel müssen den Vorschriften des deutschen Arzneibuches entsprechen, soweit nicht in Artikel 1 § 3 Ausnahmen zugelassen sind.

1.) Im Original sind die Paragraphen in dieser Weise angeordnet.

KAPITEL 3.

Bestimmungen betr. die amtliche Besichtigung der Apotheken.

Artikel 9.: Allgemeines .

§ 1

Die nach § 12 der Reichskanzler-Verordnung vom 12. Januar 1911 vorgeschriebenen Apothekenbesichtigungen werden durch den zuständigen Regierungsapotheker ausgeführt.

Der Gouverneur erteilt ihm zu Vornahme der Besichtigungen eine schriftliche Ermächtigung für den dreijährig- oder längeren Zeitraum.

§ 2

Allgemeine Musterungen der Apotheken namentlich hinsichtlich der Ordnung und Sauberkeit in den Räumen können auf Anweisung des Gouverneurs durch den zuständigen Regierungsarzt abgehalten werden.

§ 3

Der jeweilige Medizinalreferent ist bei dienstlicher Anwesenheit an einem Orte zur Vornahme solcher Musterungen ohne Weiteres befugt.

Artile 10.: Die Besichtigung .

§ 1

Die Besichtigung soll in der Regel bei Tageslicht nicht vor 8 Uhr Vormittags stattfinden und mit einem kurzen Rundgange durch sämtliche Geschäftsräume beginnen, damit der Bevollmächtigte Gelegenheit hat, zunächst einen allgemeinen Überblick über die Geschäftsführung in den einzelnen Räumen insbesondere betreffs der Ordnung und der Sauberkeit zu gewinnen und etwaige Betriebsunregelmäßigkeiten festzustellen.

§ 2

In demjenigen Raume, in welchem beim Rundgange Vorschriftenwidrigkeiten bemerkt worden sind, beginnt nach beendetem Rundgang die eingehende Besichtigung, sonst in der Offizin.

Hier, wie in allen Vorratsräumen, müssen die Arzneimittel, welche einer chemischen oder phsikalischen Prüfung nicht unterliegen, genau nach ihren sinnlich wahrnehmbaren Eigenschaften auf ihre Güte und Brauchbarkeit geprüft, die unbrauchbaren ausgeschieden, und, soweit sie nicht durch Umarbeiten wieder brauchbar gemacht werden können, unter Zustimmung des Apothekenvorstandes sofort in Gegenwart des Bevollmächtigten vernichtet werden.

Falls der Apothekenvorstand Einspruch gegen die Beanstandung einer Ware erhebt, ist sie unter Dienstsiegel des bevollmächtigten Medizinalbeamten und Privatsiegel des Apothekenvorstandes dem Gouverneur zur Entscheidung zu überreichen.

Mit vorschriftswidrig vorrätig gehaltenen Arzneibereitungen ist in gleicher Weise zu verfahren.

Dasselbe gilt auch für Zweig- und Hausapotheken.

§ 3

Das Umarbeiten von Arzneimitteln, welche wieder brauchbar gemacht werden können, ist tunlichst während der Anwesenheit des Bevollmächtigten vorzunehmen.

Wenn sich das sofortige Umarbeiten als nicht ausführbar erweist, so ist Vorsorge zu treffen, daß ein Verkauf oder Verbrauch der als unbrauchbar ausgeschiedenen Waren ausgeschlossen wird.

Minderwertige Waren dürfen, abgesehen von den lediglich zu technischen Zwecken dienenden, nicht geduldet werden.

§ 4

Die Besichtigung erfolgt nach Massgabe der Vorschriften der Apothekenbetriebs-Ordnung. Dabei ist aber in jedem Falle den besonderen Verhältnissen entsprechend Rechnung zu tragen.

§ 5

In jeder Apotheke müssen gefordert werden:

tadellose Arzneimittel,
Ordnung und Sauberkeit.

§ 6

Der bevollmächtigte Medizinalbeamte prüft die Richtigkeit der Waagen und Gewichte, die Taxierung von mindestens zehn herausgegriffenen ärztlichen Verordnungen, die Personalien des Apothekenvorstandes, der Gehilfen, nimmt die Verhandlungen über Besichtigung auf, und führt die chemische und physikalische Prüfung der dazu geeigneten, im Arzneiverzeichniß Artikel 7 § 1 aufgeführten, sowie auch anderer vorrätiger, namentlich solcher Mittel, welche erfahrungsgemäß oft verfälscht werden oder verderben, nach Vorschrift des Arzneibuches aus.

§ 7

Der Apothekenvorstand hat folgende Bücher und Papiere auf Erfordern vorzulegen:

1. das deutsche Arzneibuch,
2. die deutsche Arzneitaxe und die vorhandenen ärztlichen Verordnungen des laufenden Jahres,
3. die Bestimmungen des Reichskanzlers und des Gouverneurs über das Apothekenwesen in dem Schutzgebiet,
4. die in einem Aktenheft vereinigten auf die Apotheke bezüglichen behördlichen Verfügungen in Druckexemplaren oder Originalen, nach dem Datum geordnet, und den Bescheid über die letzte amtliche Besichtigung,
5. die Urkunden über die Betriebs- und Besitzberechtigung,
6. die Approbation,
7. das Giftverkaufsbuch nebst den Blägen (Giftscheine).

§ 8

Approbierte Gehilfen haben ihre Approbation, nicht approbierte ihre Gehilfen- und sonstigen Zeugnisse vorzulegen.

§ 9

Der Apothekenvorstand und dessen Geschäftspersonal sind verpflichtet, dem Bevollmächtigten bereitwillig entgegen zu kommen und berechtigten Forderungen desselben zu entsprechen.

§ 10

Die Verhandlung (§ 14) ist nach Vor- oder Durchlesung von dem Bevollmächtigten und dem Apothekenvorstand zu vollziehen.

Einwendungen des Apothekenvorstandes gegen Inhalt oder Wortlaut der Verhandlung sind nebst der Begründung vor der Vollziehung von den Bevollmächtigten aufzunehmen.

§ 11

Ein Verzeichnis der beanstandeten Arzneimittel ist dem Apothekenvorstande mit der Weisung zu hinterlassen, die unbrauchbaren Waren unverzüglich aus dem Geschäfte zu entfernen.

Handelt es sich um unwesentliche Mängel, welche bereits während der Berücksichtigung beseitigt sind, so ist die Erledigung in der Verhandlung zu vermerken.

§ 12

Der Gouverneur erläßt auf Grund der Verhandlung mit tunlichster Beschleunigung einen Bescheid und erteilt dem Bevollmächtigten Abschrift desselben. Soweit es sich um die Abstellung vorgefundener Mängel handelt, ist dieselbe innerhalb einer bestimmten Frist dem Apothekenvorstand aufzugeben.

§ 13

Die Vorstände der beteiligten Apotheken haben nach Ablauf der gestellten Frist über die Erledigung jeder einzelnen Beanstandung an den Gouverneur zu berichten. Die Erledigung der Bescheide ist von dem zuständigen Regierungsapotheker bzw. Regierungsarzt (Medizinalreferent) und zwar für Apotheken seines Wohnortes alsbald, für die übrigen Apotheken gelegentlich anderweiter dienstlicher Tätigkeit an dem betreffenden Orte zu überwachen.

§ 14

Bei groben Unregelmässigkeiten können vom Gouverneur Nachbesichtigungen auf Kosten des Apothekenvorstandes so lange angeordnet werden, bis der ordnungsgemäße Zustand hergestellt ist.

Über die Nachbesichtigung ist eine vollständige Verhandlung aufzunehmen, aus welcher hervorgehen muß, daß auch diese neben der Abstellung der bei der ersten Be-

sichtigung erhobenen Beanstandungen den Gesamtbetrieb im Auge gehabt hat.

§ 15

Die Kosten für die Besichtigungen trägt der Fiskus, die für die Nachbesichtigung im Falle des § 14 erwachsenen Kosten fallen dem Apothekenvorstand zur Last.

Wenn der mangelhafte Zustand einer Apotheke nicht auf Nachlässigkeit des Vorstandes, sondern nur auf ungünstige Verhältnisse, z.B. längere Krankheit, Mittellosigkeit, zurückzuführen ist, so sind die Kosten für die Nachbesichtigung zu Lasten des Schutzgebietes zu übernehmen.

§ 16

Für die Besichtigung der Hausapotheken ist Artikel 9 § 3 maßgebend.

§ 17

Bis zum 31. Januar des folgenden Jahres erstattet der Bevollmächtigte einen eingehenden Bericht über die Ergebnisse der im Vorjahre bewirkten Besichtigungen an den Gouverneur, welcher denselben in beglaubigter Abschrift mit einem Verzeichnis der besichtigten Apotheken kurzer Hand, eventuell mittels Beischrift dem Reichs-Kolonialamt spätestens bis zum 1. März einreicht, die Verhandlungen werden dem Berichte nur auf Erfordern beigelegt.

Nach Ablauf des dreijährigen Umlaufs hat der Bevollmächtigte in dem Jahresberichte die Erklärung abzugeben, daß sämtliche Apotheken besichtigt worden sind. Dabei ist das etwaige Unterbleiben einzelner Besichtigungen näher zu begründen.

Daressalam, den 27. Juni 1911
Der Kaiserliche Gouverneur

Freiherr von Rechenberg

BEKANNTMACHUNG

betr.

den Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken.

Zur Ausführung des § 11 Absatz 1 der Verordnung des Reichskanzlers betreffend die Einrichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika, vom 12. Januar 1911 wird folgendes bestimmt:

§ 1

Die in der Anlage zu dieser Verfügung zusammengestellten Apothekerwaren werden dem freien Verkehr zum Handverkauf überlassen.

§ 2

Chininsulfat, Chininchlorid, Chinitannat, und Euchinin werden dem Handel bis auf weiteres freigegeben an solchen Orten, an denen keine Apotheke oder Sanitätsdienststelle besteht. Jedoch dürfen die Präparate nur verkauft werden in Tabletten à 0,5 g, und sofern sie anerkannten deutschen Fabriken oder Firmen entstammen.

§ 3

Der Verkauf von Ätztifen (Kupfervitriol), Jodoform, grauer Salbe (Unguent Hydrargyr. ciner.), und Thymol in Tabletten à 1 g wird bis auf weiteres gestattet, jedoch nur an solchen Orten, an denen keine Apotheke oder Sanitätsdienststelle besteht.

§ 4

Die Verkaufspreise der in § 1 bis 3 aufgeführten Mittel dürfen unter Berücksichtigung der Vorschriften für die Berechnung der Arzneimittelpreise nicht höher als um 50 % gegenüber der deutschen Arzneitaxe sein.

§ 5

Der Verkauf aller anderen Heilmittel, besonders auch der sogenannten Patentmedizinen und Geheimmittel, ist ausserhalb der Apotheken verboten.

§ 6

Wer den Verkauf der aufgeführten Arzneimittel außerhalb der Apotheken betreiben will, hat mit der Anmeldung des Gewerbes eine genaue Angabe der Betriebsräume zu den Akten des Bezirksamtes einzureichen.

Andere als die bezeichneten Räume dürfen weder als Betriebs- noch als Vorrats- oder Arbeitsräume benutzt werden.

§ 7

Sämtliche Räume, sowie die Behältnisse für Arzneimittel und Arzneistoffe sind stets ordentlich und sauber zu halten.

§ 8

Die Vorräte von Arzneimitteln müssen sich in dichten festen Behältern befinden, die mit festen, gut schließenden Deckeln oder Stöpseln versehen sind, oder soweit sie Schiebladen darstellen, von festen Füllungen umgeben sein oder dicht schließende Deckel besitzen.

§ 9

Die Behältnisse für die Arzneimittel sollen mit fest an ihnen haftenden lateinischen oder deutschen oder beiden Bezeichnungen, die dem Inhalt entsprechen, in haltbarer schwarzer Schrift auf weißem Grunde versehen sein.

§ 10

Die Behältnisse sind im Verkaufsraume wie in den Vorratsräumen nach dem Alphabet in Gruppen, die der Form der Behälter entsprechen, übersichtlich geordnet aufzustellen.

§ 11

Die vorhandenen Arzneimittel müssen echt und zum Gebrauch für Menschen und Tiere geeignet, dürfen weder verdorben noch verunreinigt sein.

§ 12

Verschiedene Arzneimittel in einem Behälter aufzubewahren ist verboten. Dagegen darf dasselbe Arzneimittel in ganzer zerkleinerter oder gepulverter Ware in gesonderten

Fächern desselben Behälters , auch in bezeichneten Papierbeuteln aufbewahrt werden .

§ 13

Auf den Umhüllungen oder Gefäßen , in denen die Abgabe von Arzneimitteln erfolgt , ist spätestens bei der Abgabe der deutsche Name des darin abgegebenen Arzneimittels deutlich zu verzeichnen .

Werden Arzneimittel in abgefaßter Form vorrätig gehalten , so müssen sie übersichtlich geordnet und vor Staub geschützt aufbewahrt werden und auf jedem einzelnen Gefäß oder jeder sonstigen Packung die deutliche Bezeichnung des Inhalts tragen .

§ 14

Verkaufsstellen , in denen die freigegebenen Arzneimittel feilgehalten werden , sind neben den zugehörigen Vorrats- und Arbeitsräumen unvermuteten Besichtigungen gemäß Anordnung des Gouverneurs durch einen Regierungsapotheker oder Regierungsarzt zu unterziehen .

§ 15

Den Besichtigungsbevollmächtigten steht das Recht der Probenentnahme von Waren ohne Entschädigung zu .

§ 16

Zu widerhandlungen gegen diese Verordnung werden mit Geldstrafe bis zu 150 M. im Unvermögensfalle mit Haft bestraft . Außerdem kann der Handel mit den in § 1 - 3 erwähnten Gegenständen überhaupt untersagt werden .

Daressalam , den 27. Juni 1911

Der Kaiserliche Gouverneur
Freiherr von Rechenberg

Anlage

A. Sämtliche Hilfsmittel zur Krankenpflege, wie Inhalationsapparate, Irrigatoren, Thermometer, Schutzbrillen, Spritzen, Suspensorien etc.

B. Sämtliche Verbandmittel und Seifen zum äußerlichen Gebrauch, soweit sie nicht Medikamente enthalten, die dem freien Verkehr entzogen sind.

C. Kosmetische Mittel (Mittel zur Reinigung, Pflege oder Färbung der Haut, des Haares oder der Mundhöhle) Desinfektionsmittel und Hühneraugenmittel, vorausgesetzt, daß sie keine gesundheitsschädliche Farben im Sinne des Gesetzes vom 5. Juli 1887 und ferner keine Stoffe enthalten, die in den Apotheken ohne Anweisung eines Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes nicht abgegeben werden dürfen.

Kosmetische Mittel dürfen außerdem kein Kreosot, Paraphenylendiamin, Phenylsalicylat oder Resorcin enthalten.

D. Nähr- und Kräftigungsmittel, wie z.B. Haematogen und Somatose in Originalpackung anerkannter deutscher Firmen.

E. Von Tincturen und Extrakten:

Arnikatinktur

Baldriantinktur, auch ätherische

Benediktineressenz

Benzoetinktur

Bischoffessenz

Eichelkaffeextrakt

Fichtenadelextrakt

Fleischextrakt

Himbeeressig

Kaffeextrakt

Lakritzen (Süßholzsaft) auch mit Anis, Malzextrakt, auch mit Eisen, Lebertran oder Kalk

Myrrhentinktur,

Nelkentinktur

Teextrakt von Blättern des Teestrauches

Vanillentinktur

Wachholderextrakt

F. Brausepulver aus Natriumbikarbonat und Weinsäure, auch mit Zucker und ätherischen Oelen gemischt,

Eichelkakao auch mit Malz

Hafermehlkakao

Riechslz

Salicylstreupulver

Salze, welche aus natürlichen Mineralwässern bereitet oder den solchergestalt bereiteten Salzen nachgebildet sind.

Schneeberger Schnupftabak mit einem Gehalt von höchstens

3 Gewichtsteilen Niesswurzeln in 100 Theilen des Schnupftabaks.

G. Aetherweingeist (Hoffmannstropfen)

Ameisenpiritus

Aromatischer Essig

Bleiwasser mit einem Gehalt von höchstens 2 Gewichtsteilen

Bleiessig in 100 Theilen der Mischung,

Eukalyptuswasser,

Fenchelhonig

Fichtennadelspiritus (Waldwolleextrakt)

Franzbranntwein mit Kochsalz

Kalkwasser, auch mit Leinöl,

Kampherspiritus,

Karmelitergeist,

Lebertran mit ätherischen Oelen,

Mischungen von Ätherweingeist, Kampherspiritus, Seifenspiritus, Salmiakgeist und

Spanischpfeffertinktur oder von einzelnen dieser fünf Flüssigkeiten unter

einander zum Gebrauch für Tiere, sofern die einzelnen Bestandteile der

Mischungen auf den Gefäßen, in denen die Abgabe erfolgt, angegeben werden,

Obstsäfte mit Zucker, Essig oder Fruchtsäuren eingekocht,

Pepsinwein

Rosenhonig, auch mit Borax,

Seifenspiritus

Weisser Sirup

- H. Kapslen von Leim (Gelatine) oder Stärkemehl mit Brausepulver,

Copaivabalsam,

Lebertran,

Natriumbikarbonat,

Ricinusöl

Weinsäure

- I. Flüchtlges Liniment,

- K. Pastillen (auch Plätzchen und Zeltchen) Tabletten, Pillen und Körner bereitet aus natürlichen Mineralwässern oder aus künstlichen Mineralquellsolzen, einfache Molkenpastillen.

Pfefferminzplätzchen,

Salmiakpastillen, auch mit Lakritzen und Geschmackszusätzen, soweit diese zum Verkauf freigegeben sind,

Tabletten aus Saccharin, Natriumbikarbonat oder Brausepulver

- L. Borsalbe,

Cold-Cream, auch mit Glycerin, Lanolin oder Vaseline,

Pechpflaster, dessen Masse lediglich aus Pech, Wachs, Terpentin und Fett oder einzelnen dieser Stoffe besteht.

Englisches Pflaster,

Heftpflaster,

Hufkitt,

Lippenpomade,

Pappelpomade

Salicyltalg,

Senfleinen,

Senfpapier,

Zinksalbe,

M. Folgende einfache Arzneistoffe:

Acetum pyrolignosum crudum, Holzessig, roher

Acidum aceticum, Essigsäure

" boricu, Borsäure

" citricum, Citronensäure

" gallicum, Gallussäure

" salicylicum, Salicylsäure

" tannicum, Gerbsäure

" tartaricu, Weinsäure

Adeps Lanae, Wollfett (Lanolin)

Äther, Äther

" aceticus, Essigäther

Alcohol absolutus, absoluter Alkohol

Alumen, Alaun

Alumen, ustum, gebrannter Alaun

Aluminium sulfuricum, schwefelsaure Tonerde

Ammonium chloratum, Salmiak

Amygdalae amarae, bittere Mandeln

" dulces, süße Mandeln

Amylum Triticum, Weizenstärke

" Oryzae, Reisstärke

Aqua Cinnamomi, Zimmtwasser

" destillata, destilliertes Wasser

" foeniculi, Fenchelwasser

" Menthae, Pfefferminzwasser

" Rosaru, Rosenwasser

Balsamum Copaivae, Copaivabalsam

Benzinum Petrolei, Petroleumbenzin

Borax

Calcaria chlorata, Chlorkalk

" usta, gebrannter Kalk

Calcium carbonicum, kohlensaurer Kalk (Kreide)

" phosphoricum, phosphorsaurer Kalk

Calcium sulfuricum ustum, gebrannter Gips

Camphora, Kampfer

Carbo ligni pulv, gepulverte Holzkohle

Carageen, isländisches Moos

Catechu, Katechu

Cera alba, weißes Wachs

" flava, gelbes Wachs

Cetaceu, Walrat

Coccionella, Cochenille

Collodium, Kollodium

Colophonium, Kolophonium

Cortex Aurantii fructus, Pomeranzenschale

" Citri " Citronenschale

" cinnamomi, Zimmt chinesischer

" Quercus, Eichenrinde

" Salicis, Weidenrinde

Crocus, Safran

Dammara, Dammar

Dextrinum, Dextrin

Elemi

Ferrum sesquichloratum, Eisenchlorid

Ferrum sulfuricum crudum, Eisenvitriol

Flores Arnica, Arnikablüten

" Auratii, Pomeranzenblüten

" Chamomillae, Kamillen

" Lavandulae, Lavendelblüten

" Malvae, Malvenblüten

" Rosae, Rosenblätter

" Sambucci, Holunderblüten

" Tiliae, Lindenblüten

Folia Althaeae, Eibischblätter

Folia Junglandis, Walnußblätter

- " Farfarae, Huflattichbl.
- " Malvae, Malvenbl.
- " Menthae piperitae, Pfefferminzbl.
- " Melissa, Melissenbl.
- " Rosmarini, Rosmarinbl.
- " Salviae, Salbeiblätter

Fructus Anisi, Anis

- " Aurantii immaturi, unreife Pomeranzen
- " Cannabis, Hanfsamen

Fructus Capsici, spanischer Pfeffer

- " Cordamomi, Malaber Kardomomen
- " Carvi, Kümmel
- " Foeniculi, Fenchel
- " Juniperi, Wachholderbeeren
- " Lauri, Lorbeeren
- " Rhamni catharticae,
- " Kreuzdornbeeren
- " Tamarindi, Tamarinden,
- " Vanillae, Vanille

Fungus Chirurgorum, Wundschwamm

Gallae, Galläpfel

Gelatina alba, weißer Leim

Glycerinum, Glycerin

Gummi arabicu, arabisches Gummi

Gutta Percha, Guttapercha

Herba Absinthii, Wermut

- " Cardui benedicti
- " Cardobenediktenkraut
- " Centaurii, Tausendgüldenkraut

Herba Cochleariae, Löffelkraut

" Meliloti, Steinklee

" Serpylli, Quendel

" Thymi, Thymian

" Violae tricoloris, Stiefmütterchen

Hydrargyrum, Quecksilber

Kalium bicarbonicum, Kaliumbicarbonat

" carbonicum, Kaliumcarbonat

" nitricum, Kaliumnitrat (Salpeter)

" permanganicum, Kaliumpermanganat

Kalium sulfuricum, Kaliumsulfat

Kalium tartaricum, Kaliumtartrat

Liquor Aluminii acetici, essigsäure Tonerdelösung

" Ammonii caustici, Salmiakgeist

Lichen islandicus, isländisches Moos

Lignum Guajaci, Guajacholz

" Quassiae, Quassiaholz

" Sassafras, Sassafrasholz

Lycopodium, Bärlappsamen

Magnesium carbonicum, Magnesiumcarbonat

Magnesium sulfuricum

Magnesiumsulfat (Bittersalz)

Mel, Honig

Mucilago Gummi arabicum, Gummischleim

Myrrha, Myrrhe

Naphthalinum, Naphthalin

Natrium aceticum, Natriumacetat

" bicarbonicum, Natriumbicarbonat auch in Kapseln

" carbonicum, Natriumcarbonat

" nitricum, Natriumnitrat

" sulfuricum, Natriumsulfat

" (Glaubersalz)

Oleum Amygdalarum, Mandelöl

" Anisi, Anethol

Oleum Arachidis, Erdnußöl

- " Aurantiiflorum Pomeranzenblütenöl
- " Bergamottae Bergamottöl
- " Cacao, Kakaobutter
- " Calami, Kalmusöl
- " Carbi, Carvon
- " Caryophyllorum, Eugenol
- " Cinnamomi, Zimmtöl
- " Citri, Citronenöl
- " Foeniculi, Fenchelöl
- " Hyoscyami, Bilsenkrautöl
- " Jecoris Aselli, Lebertran
- " Juniperi, Wachholderöl
- " Lauri, Lorbeeröl
- " Lavandulae, Lavandelöl
- " Lini, Leinöl
- " Macidis, ätherisches Muskatnußöl
- " Menthae piperitae, Pfefferminzöl
- " Nucistae, Muskatnußöl
- " Olivarum commune, Baumöl
- " Papaveris, Mohnöl
- " Ricini, Ricinusöl auch in Kapseln
- " Rosae, Rosenöl
- " Rosmarini, Rosmarinöl
- " Sesami, Sesamöl
- " Terebinthinae, Terpentinöl
- " " rectificatum, gereinigtes Terpentinöl
- " Thymi, Thymianöl

Paraffinum liquidum, flüssiges Paraffin

- " solidum, festes Paraffin

Pix liquida, Holzteer

Placenta Seminis Lini, Leinkuchen

Radix Althaeae, Eibischwurzel

Radix Angelicae, Angelikawurzel

" Gentianae, Einzianwurzel

" Lipuiritiae, Süßholz

" Ononidis, Hauhechelwurzel

" Pimpinellae, Bibernelnwurzel

" Ratanhiae, Ratanhiawurzel

" Taraaci cum herba, Löwenzahn

" Valerianae, Baldriawurzel

Rhizoma Calami, Kalmus

" Galangae, Galgant

" Iridis, Veilchenwurzel

" Zedoariae, Zitwerwurzel

" Zingiberis, Ingwer

Saccharum lactis, Milchzucker

Sapo kalinus, Kaliseife

Sebum ovile, Hammeltag

Semen Erucae, weißer Senfsamen

" foenugraeci, Bockshornsamen

" Papaveris, Mohnsamen

" Sinapis, Senfsamen

Spiritus, Weingeist

Stibium sulfuratum nigrum, Spießglanz

Sulfur depuratum, gereinigter Schwefel

" praecipitatum, Schwefelmilch

" sulblimatum, Schwefel

Talcum, Talk

Tartarus depuratus, Weinstein

Terebinthinae, Terpentin

Tragacantha, Traganth

Tubera Salep, Salep

Vaselinum, Vaseline

Zincum oxydatum, Zinkoxyd

ANHANG III

REGIERUNGSAPOTHEKER in Deutsch-Ostafrika¹

1.) Giemsa, G.	1895 - 1898
2.) Willems	1898 - 17.5.1900
3.) Schörning	17.4. 1900 - 22.5.1902
4.) Schörning	27.10. 1902 - 20.3. 1905
5.) Grewe	10.5. 1905 - 9.5. 1907
6.) Buchholz	5. 5. 1907 - 5.9.1909
7.) Bethmann Emil	16.7. 1909 - 15.5. 1910
8.) Schulze, Dr. R.	6.5. 1910 - 15.5. 1912
9.) Meyer, Oberapotheker	21.4. 1912 - 20.3. 1913
10.) Schulze, Dr. R.	20.3. 1913 - Ende des I. Weltkrieges

1.) Zusammengestellt aus den An- und Abfahrlisten der Regierungsdampfer

ANHANG IV

APOTHEKEN IN DEN DEUTSCHEN SCHUTZGEBIETEN , Aug. 1914

1.) Ostafrika:

Arusha, "Nashorn-Apotheke" (Filiale der Elephanten-Apotheke)

Verwalter: Schmitgen, P.

Dar-es-Salaam, "Reichsadler-Apotheke", Stietzel, Walther.

Lindi, "Löwenapotheke", Schlamp, Z. & Co.

(Mwanza, Bethmann, Emil) ?

Tabora, "Tabora-Magazin", Hatzig, Carl F., mit Filiale in Udjidji.

Tanga, "Elephanten-Apotheke", Müller, W. & Co. (mit Filiale in Arusha).

Udjidji, (Filiale von Tabora)

2.) Kamerun:

Duala, "Apotheke zum großen Kurfürsten", Felming, W.

3.) Südwestafrika:

Keetmanshoop, Strauss, Hermann

Lüderitzbucht, "Reichspotheke", Marschner, Hermann.

Swakopmund, "Adlerapothke", Kiewitt, Emil.

Windhuk, "Luisenapotheke", Herzog, Franz.

" " "Viktoria Apotheke", Przischkowski, Viktor.

4.) Samoa:

Apia, Sabiel, Guido.

5.) Neu - guinea:

Rabaul, Paur, E.

6.) Kiantschau:

Tsingtau, Larz, Adalbert.

ANHANG V.

TABELLARISCHE ÜBERSICHT ÜBER PHARMAZEUTISCHE VERORDNUNGEN UND
ERLASSE IN DEUTSCH- OSTAFRIKA

- | | |
|---------------------|--|
| 1.) 2. Sept. 1891 | : Verordnung betreffend den Verkauf von Opium und gleichartigen Genußmitteln. |
| 2.) 16. Juni 1893 | : Runderlass betreffend Heil- und Stärkungsmittel. |
| 3.) 30. Aug. 1894 | : Runderlass betreffend Meldepflicht der sich in Deutsch-Ostafrika niederlassenden Ärzte. |
| 4.) 21. Febr. 1896 | : Runderlass betreffend des Gouvernementslazarett in Tanga. |
| 5.) 28. März 1896 | : Runderlass betreffend das Gouvernementslazarett in Dar-es-Salaam. |
| 6.) 2. Jan. 1897 | : Runderlass betreffend das Sewa Hadji-Hospital. |
| 7.) 21. Jan. 1898 | : Runderlass betreffend Arznei und Verbandmittelpreise. |
| 8.) 16. Jan. 1899 | : Runderlass an sämtl. che Zellämter betr. Versorgung der europ. Plantagen mit medizinischen u. physikalischen Instrumenten. |
| 9.) 8. Juni 1899 | : Runderlass des Kais. Gouvernements betr. gleichmäßige Behandlung der von den Kommunen angestellten Europäer |
| 10.) 4. Sept. 1905 | : Verfügung betr. Abgabe von Chinin. |
| 11.) 24. Sept. 1910 | : Runderlass betreffend Arznei und Verbandmittel und deren Preise. |
| 12.) 12. Jan. 1911 | : Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika. |
| 13.) 8. Juni 1911 | : Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 31. März 1911. |
| 14.) 27. Juni 1911 | : Ausführungsbestimmungen des Gouverneurs von Deutsch-Ostafrika zur Verordnung des Reichskanzlers vom 12. Jan. 1911. |
| 15.) 1. Juli 1911 | : Inkrafttreten des DAB 5. |
| 16.) 18. Nov. 1911 | : Erlass betr. Preisliste für Medikamente bei Abgabe an Privatpersonen. |
| 17.) 7. Dez. 1911 | : Verordnung betreffend den Verkehr mit methylhaltigen Arzneimitteln. |

- 18.) 14. Mai 1912 : Bekanntmachung betreffend Arzneimittelverkehr.
- 19.) 9. Juli 1912 : Verfügung betreffend Errichtung und Betrieb von Haus-
apotheken.
- 20.) 4. März 1914 : Runderlass betreffend den Bezug von Sanitätsmaterial
aus dem Sanitätsdepot.
- 21.) 10. Okt. 1914 : Verfügung betr. Sparsamkeit im Verbrauch von Chinin,
Uzara und Emetin.
- 22.) 4. Aug. 1915 : Runderlass betr. Preise bei Abgabe von Chininpräparaten
an Privatpersonen.

ANHANG VI

IN TANGANYIKA REGISTRIERTE APOTHEKER, 1920 - 1964

	A	B	C	A	B	C	A	B	C	D	E	F
1920	2			1940	10	1	5	1955	26	6	5	2
1921	3		1	1941	10	1	4	1956	30	6	5	4
1922	3		1	1942	9	1	3	1957	34	7	4	1
1923	5		2	1943	10	1	3	1958	39	9	4	10
1924	5		2	1944	11	1	4	1959	52	13	4	16
1925	6		3	1945	10	1	3	1960	52	18	4	19
1926	10		3	1946	15	1	6	1961	64	25	4	25
1927	9		4	1947	16	1	6	1962	-	25	4	21
1928	13	1	5	1948	15	1	6	1963	65	28	3	23
1929	14	1	5	1949	20	1	6	1964	72	36	4	23
1930	13	1	4	1950	22	1	6					
1931	16	1	4	1951	-	1	7					
1932	16	1	4	1952	21	3	7					
1933	13	1	4	1953	21	3	6					
1934	15	1	4	1954	22	5	5					
1935	13	1	4									
1936	12	1	4									
1937	13	1	4									
1938	16	1	6									
1939	11	1	5									

(A = Gesamtanzahl der reg. Apotheker)

(B = indische Apotheker)

(C = Regierungsapotheker)

(D = Großhandelsapotheker)

(E = Anteil der Großhandelsapotheker mit Fremdwohnsitz)

(F = Anteil der indischen Apotheker im Großhandel)

ANHANG VII
Apothekenregister (Tanganyika) 1918 bis 1965

Ort	Name der Apotheke	Erster Leiter	gegr.	geschl.	Adresse
Dar-es-Salaam	McGowan	McGowan	um 1918	20. 7. 27	
"	Howse McGeorge	J. Weavers	8. 6. 26	+	Box 82
"	Medical Hall	G.P. Gandhi	18. 1. 28	7. 12. 54	
"	Medical Hall	G.P. Gandhi	9. 3. 56	2. 4. 62	
"	A.H. Wardle & Co. ¹⁾		um 1930	+	Box 224
"	Tanganyika Chemists	J.J. Dave	1953	+	Box 993
"	Medical Stores Patel ²⁾ (Pharma Chemists)	M.C. Desai	1956	+	Box 212
"	Ely s Pharmacy	M.C. Desai	13. 12. 52	+	Box 2713
"	Colonial Chemist	J.S. Patel	6. 11. 54	+	Box 1501
"	Mansoor Daya	Mansoor Daya	8. 6. 59	+	Box 2999
"	Popular Pharmacy	H.R. Joshi	4. 9. 59	1963	
"	Mahen Pharmacy	M.T. Gandhi	1. 4. 61	+	Box 69
Tanga	Stobo Pharmacy	R. Stobo	1921	1927	
"	Howse McGeorge	-	um 1532	8. 3. 60	
"	Khanbhai Pharmacy	T. Khanbhai	10. 6. 52	+	Box 558
"	Tanga Pharmacy ⁴⁾	M.K. Ashtana	8. 3. 60	+	

Apothekenregister (Tanganyika) 1918 bis 1965

Ort	Name der Apotheke	Erster Leiter	gegr.	geschl.	Adresse
Moshi	Howse McGeorge	L. Gilbert	1928	1934	
"	Elmslies Stores	R. H. Cater	27. 1. 39	während des II. Weltkrieges	
"	East African Chemist	W. R. Dobson	12. 3. 52	1965 nicht mehr aufgeführt	
"	G. Kemp	G. Kemp	11. 1. 58	1965 nicht mehr aufgeführt	
"	The Medical Stores	C. J. Shah	1962	+	Box 32
Arusha	Howse McGeorge	J. Hetherington	Januar 1929	1960	
"	Arusha Chemists	M. M. Shah	1958	+	Box 3046
"	Khanbhai Pharmacy	-	1964	+	Box 160
Mwanza	S. Langdon	S. Langdon	7. 12. 26	1928	
"	Lake Pharmacy	H. S. Bakhshi	2. 9. 54	+	Box 501
"	Mwanza Chemist	D. B. Patel	1961	+	Box 2588
Iringa	Howse Mc George	George Stein	1929	1933	
"	Karnezos - Karnezos ⁵⁾ (Uhehe Pharmacy)	Julius Wohl	6. 9. 56	+	Box 148
Dodoma	Provisions Stores	J. Patel	1954	1965 nicht mehr aufgeführt	
"	Central Tanganyika Chemist	B. J. Bryant	1956	+	Box 112

Apothekenregister (Tanganyika) 1918 bis 1965

Ort	Name der Apotheke	Erster Leiter	gegr.	geschl.	Adresse
Morogoro	Tanganyika Medical Supply	G.P. Gandhy	7.12.54	9. 3. 56	
"	Morogoro Chemists	R.M. Patel	6. 4. 59	+	Box 332

+ die Apotheke war bis 1965 noch in Betrieb

Aufgrund der starken Fluktuation der europäischen und indischen Bevölkerung konnten nicht alle Daten eindeutig festgelegt werden, außerdem wurde gerade das Ende der Existenz einer Apotheke nicht immer ordnungsgemäß bei der Zentralbehörde angezeigt.

- 1) existiert nicht mehr als Apotheke, sondern als pharmazeutischer Großhandel.
- 2) Apotheke wurde in Pharma-Chemists unbekannt.
- 3) H.R. Joshi mußte 1963 Konkurs anmelden.
- 4) M.K. Ashtana übernahm die Apotheke von Howse McGeorge.
- 5) in Uhehe Pharmacy unbekannt.

TABELLE

Einfuhr pharmazeutischer Produkte aus der Bundesrepublik nach Ostafrika ¹⁾

Jahr	Gesamteinfuhr aus der BRD nach			Einfuhr pharm. Produkte aus der BRD nach		
	Kenia	Uganda	Tansania	Kenia	Uganda	Tansania
1949	403.700	63.200	91.800	1.100	5	1.010
1950	420.700	260.200	279.300	5.570	1.060	3.670
1951	2.204.800	965.400	819.000	9.460	1.300	7.480
1952	1.868.300	1.150.800	2.036.000	6.590	1.920	8.340
1953	1.556.300	627.400	989.600	6.690	1.370	3.260
1954	3.020.100	1.248.600	1.575.500	6.430	3.550	5.050
1955	3.661.200	1.972.700	2.664.400	11.630	3.300	10.000
1956	4.559.600	1.444.000	2.283.300	17.870	3.410	5.700
1957	5.509.100	1.353.900	1.904.300	25.330	2.640	8.400
1958	4.706.700	1.240.100	1.746.000	28.870	9.890	12.620
1959	4.742.800	1.297.500	1.849.400	54.414	21.783	13.930
1960	6.214.400	1.552.900	2.354.300	94.760	16.770	15.050
1961	4.377.600	1.437.600	1.578.000	85.980	18.720	36.130
1962	5.000.000	1.260.800	1.558.100	105.380	26.010	40.780
1963	6.064.600	1.948.000	1.872.900	159.590	33.720	33.440
1964	6.989.100	3.729.500	2.829.100	134.080	33.680	57.050

¹⁾ Der Wert ist in ostafrikanischer Währung angegeben.

Jahr	Gesamteinfuhr pharm. Produkte aus aller Welt nach			Gesamteinfuhr chem. Produkte aus der BRD nach		
	Kenia	Uganda	Tansania	Kenia	Uganda	Tansania
1949	422.600	101.800	158.400			
1950	393.100	136.700	154.500			
1951	530.300	207.600	340.300			
1952	599.100	248.500	342.400			
1953	243.500	265.300	225.900			
1954	270.800	246.200	255.300			
1955	439.700	322.900	422.800			
1956	952.300	161.200	270.400	185.300	27.300	98.100
1957	1.245.400	193.300	272.600	314.000	82.400	75.200
1958	1.305.500	287.500	310.700	337.000	71.400	73.300
1959	1.422.300	265.500	354.800	446.900	150.300	106.100
1960	1.536.000	245.700	404.100	673.400	220.300	110.500
1961	1.569.600	254.900	436.400	643.000	237.900	143.500
1962	1.815.800	238.300	426.100	765.500	213.500	151.100
1963	1.883.700	333.300	452.200	1.044.100	164.900	185.900
1964	1.271.500	632.100	839.200	1.195.800	390.600	382.000

ANHANG IX

ÜBERSICHT ZUR GEOGRAPHIE, GESCHICHTE UND WIRTSCHAFT TANSANIAS

A) Geographie

Grenzen:

Im Norden: Kenya und Uganda

Nordwesten: Ruanda und Burundi

Westen: Kongo-Kinshasa, die Grenze wird durch die Seen des Zentralafrikanischen Grabens gebildet.

Südwesten: Sambia

Süden: Malawi und Mocambique

Osten: Indische Ozean

Größe: 937.058 qkm mit einem Anteil an Seefläche von 53.483 qkm

Landesnatur: Abgesehen von den teils aktiven (Oldonyo Lengai), teils erloschenen (Kilimandscharo) Vulkanen liegt das Land durchschnittlich 900 bis 1200 m über dem Meeresspiegel, je nach Niederschlag Trocken- oder Feuchtsavannen, an den Hängen größerer Gebirge tropischer Urwald.

Bevölkerung: Zählung 1967: 11.877 Mill. Einwohner, davon etwa 100.000 Inder, 30.000 Araber und 20.000 Europäer. Die afrikanische Bevölkerung gliedert sich in mehr als 110 Stämme auf, von denen einige kaum mehr als ein Dorf umfassen, anderen dagegen eine umso größere Bedeutung zukommt.

1. Sukuma am Viktoriasee, ca. 1 Mill. Mitglieder

2. Nyamwezi in Zentraltansania, ca. 400.000 "

3. Ha am Tanganyikasee

4. Makonde an der Grenze nach Mocambique

5. Dschagga am Kilimandscharo

6. Hehe am Ruaha

7. Haja am Westufer des Viktoriasees

8. Gogo in Zentraltansania mit je ca. 300.000 Mitgliedern.
9. Massai spielen im Gesamtleben des Staates weder zahlenmäßig, noch wirtschaftlich, kulturell oder politisch eine Rolle
10. Suaheli sind heute als Stamm kaum noch faßbar, sondern stellen stark arabisierte Bevölkerungsgruppen an der ostafrikanischen Küste und auf den vorgelagerten Inseln dar, ihre Sprache jedoch ist die Verkehrssprache ganz Ostafrikas geworden.

Religionszugehörigkeit: Islam: 2 Mill. Anhänger, vorwiegend an der Küste
Römisch-Katholisch: 1,5 Mill.
Protestanten: 0,5 Mill.
Naturreligionen: über 5 Mill.

B) Geschichte

1. Jahrh. n. Chr.: Im Periplus des Erythräischen Meeres wird die Küste Ostafrikas als Azania beschrieben.
8. und 9. Jahrh.: Araber gründen sog. Handelskontore, die sich um 1300 zu Stadtstaaten mit stark persischem Kultureinschlag entwickeln.
- 1499: Vasco da Gama leitet die portugiesische Herrschaft ein.
- 1698: Nach wechselndem Erfolg Ende der portugiesischen Herrschaft. Die Küste gerät wieder unter arabischen Einfluß.
- 1752: Portugal verzichtet auf seine Besitzungen nördlich des Cap Delgado
- 1832: Sansibar wird Sitz des Sultans von Maskat. Dieser betreibt auf der Insel regen Sklavenhandel, den er unter dem Druck der Engländer einschränken muß. Außerdem wird er veranlaßt, Missionaren und Forschern den Zutritt zum Festland zu gestatten.
- 1848: Die deutschen Missionare Krapf und Rebmann erblicken den Kilimandscharo.
- 1884: Aufgrund eigenmächtigen Vorgehens schließt Dr. Carl Peters mit einigen Häuptlingen Schutzverträge ab.

- 1891: Nach einer Zahlung von 4 Mill. Goldmark an den Sultan von Sansibar für den Küstenstreifen stellt das Deutsche Reich das Gebiet zwischen dem Indischen Ozean und dem Tanganyikasee als Deutsch-Ostafrika unter seinen Schutz.
- 1914 - 18: Erster Weltkrieg (Daten siehe Anhang X)
- 1919: Aufgrund des Versailler Vertrages werden die deutschen Kolonien als Völkerbundsmandate den ehemaligen Gegnern zugesprochen. Deutsch-Ostafrika ohne Ruanda-Urundi kommt als Tanganyika-Territorium an Großbritannien.
1. Mai 1961: Das Mandatsgebiet erhält innere Selbstregierung.
9. Dezember 1961: Unabhängigkeit als britisches Dominion.
9. Dezember 1963: Tanganyika wird Republik innerhalb des Commonwealth unter Julius Nyerere als Ministerpräsident.
12. Januar 1964: Revolte der Afrikaner auf Sansibar gegen die arabische Vorherrschaft. Es wird eine prokommunistische Volksrepublik ausgerufen.
27. April 1964: Ratifizierung des Zusammenschlusses von Tanganyika und Sansibar zu Tansania.

C) Wirtschaft

- Währung: 1 (Tansania) Pfund $\approx$ 20 (Tansania) Schillinge
1 (Tansania) Schilling etwa $\approx$ 0,56 DM
- Bruttosozialprodukt 1964: 244 Mill. Pfund
- Prokopfeinkommen 1964: 24 Pfund
- Landwirtschaft: Mit 60 % am Bruttosozialprodukt beteiligt, doch lebt die Bevölkerung vorwiegend im Zustand der Naturalwirtschaft und produziert nur zu einem geringen Teil für den Markt. Ausführprodukte sind dem Werte nach Sisal, Baumwolle, Kaffee, Ölf Früchte, Zucker, Tee und Caschew-Nüsse. Die Viehwirtschaft ist mit 9 % am Bruttosozialprodukt, der Bergbau mit 2,5 % beteiligt, Fisch- und Forstwirtschaft haben keine Bedeutung.

Die dem Umfange nach geringe Industrie besteht aus Fabriken, die der Aufbereitung von landwirtschaftlichen Rohstoffen dienen und gewisse Konsumgüter für den lokalen

Markt herstellen. Sie befinden sich meistens im Besitz von Indern.

Verkehr: Das Straßennetz hat eine Länge von ca. 50.000 km; davon als Haupt- und Allwetterstraßen 16.000 km (900 km asphaltiert). Die Eisenbahn - wichtigste Verbindung während der Regenzeit - besitzt ein Streckennetz von 2.600 km. 23 Flugplätze werden von der East - African - Airlines angefliegen, darüberhinaus gibt es etwa 30 Landepisten und einen internationalen Flughafen in Dar-es-Salaam. Dem Schiffsverkehr kommt nur eine Bedeutung an der Küste und in geringerem Maße auf dem Tanganyika- und Viktoriasee zu.

Städte:	Dar-es-Salaam	275.000 Einwohner
	Tanga	61.000 "
	Mwanza	35.000 "
	Arusha	33.000 "
	Moshi	27.000 "
	Mtwara	20.000 "

Westdeutschland ist heute wieder einer der wichtigsten Handelspartner Tansanias.

1966 nahm es 7,9 % der Exporte von 89.257 Mill. Pfund auf, wobei das Hauptinteresse beim Kaffee lag. Am Import war die Bundesrepublik mit 6,8 % beteiligt.

ANHANG X

DIE HAUPTDATEN DES FELZUGES IN DEUTSCH-OSTAFRIKA VON 1914 bis 1918.¹⁾

Anfang August:	Deutsche Vorstöße nach Britisch-Ostafrika (Einnahme von Taveta) und Portugiesisch-Ostafrika. (Leider versehentlich, da zu dem Zeitpunkt Portugal noch nicht mit Deutschland im Kriege lag).
4. November 1914:	Schlacht bei Tanga. (Englischer Versuch, bei Tanga zu landen und die Stadt einzunehmen. Unter hohen Verlusten wurden sie zurückgeschlagen). Tanga wurde entgegen den Befehlen Schnees von Lettow verteidigt.
Januar 1915:	Sitz des Gouverneurs weiter nach Tabora verlegt.
Bis Dezember 1915:	Die Engländer beschränken sich auf defensive Maßnahmen. Die Schutztruppe versuchte mit allen Mitteln, eine möglichst große Störtätigkeit an der Ugandabahn (von Mombasa an den Viktoriasee) zu entfalten. Doch ergibt sich im Februar nach einigen mittleren Schlachten im Norden des Schutzgebietes für von Lettow die Notwendigkeit, größere Schläge nur ganz ausnahmsweise (wegen Materialmangel), dafür aber einen verstärkten Kleinkrieg zu führen. ²⁾
Dezember 1915:	Beginn der ersten englischen Offensive unter General Smuts mit einem südafrikanischen Expeditionskorps von 20.000 bis 25.000 Europäern, die nach der Kapitulation Deutsch-Südwestafrikas am 9. Juli 1915 frei wurden. ³⁾
6. März 1916:	Englische Offensive am Kilimandscharo.
21. März 1916:	Der Kilimandscharo muß aufgegeben werden. Weiterer Übergang zu Kleinkriegen.

1) Zusammengestellt nach LUDWIG BOELL. Die Operationen in Ostafrika. Hamburg (1951). Trotz der Veröffentlichung dieses Werkes erst nach dem zweiten Weltkrieg darf es als die umfangreichste Darstellung der Geschehnisse in Ostafrika von deutscher Seite betrachtet werden. Doch fußt Boell, ehemaliger Offizier in der Schutztruppe, nicht nur auf deutschen Quellen, sondern in gleichem Maße auf englischen, belgischen und portugiesischen. Auf Grund seiner Objektivität diente es auch englischen Historikern, z.B. David F. Clyde, als Arbeitsgrundlage.

2) LETTOW-VORBECK (1920), 57. 3) LEQUIS (1920), 371.

- Juni 1916: Die Engländer setzen sich langsam in den Besitz der Usam-barabahn. Bis Anfang 1916 hatte sich die Qualität der Schutztruppe weiter durch Ausbildung von Askari und hinzutreten der Mannschaft des im Rufiji versenkten Kreuzers "Königsberg" gesteigert.
7. Juli 1916: Aufgabe von Tanga.
25. Juli 1916: Morogoro wird wieder Sitz des Gouvernements.
15. August 1916: Babamoyo 45 km nördlich von Dar-es-Salaam muß dem Feinde überlassen werden.
27. August 1916: Aufgabe Morogoros, 185 km westlich von Dar-es-Salaam an der Zentralbahn.
1. September 1916: Die Hauptstadt des Schutzgebietes wird aufgegeben.
- September 1916: Rückzug der Schutztruppe über Kissaki, 80 km südlich von Morogoro, in das ungesunde Gebiet des Rufiji.
19. September 1916: Übergabe Taboras mit einer großen Anzahl deutscher Frauen und Kinder an die Belgier. Abmarsch der Westtruppen unter General Wahle ins "Pori".⁴⁾
- 20.- 22. September 1916: Smuts am Ende seiner Kräfte. Er fordert Gouverneur Dr. H. Schnee in einem Schreiben mit Abschrift an von Lettow-Vorbeck zur Kapitulation auf. Dieser Aufforderung wird nicht stattgegeben.
- November 1916: Größerer Eingriff der Portugiesen in die Kämpfe. Sie werden derart gründlich abgeschlagen, daß sie für längere Zeit ausgeschaltet bleiben.
- Dezember 1916: Vorläufiges Ende größerer englischer Operationen. Aus Nachschubsschwierigkeiten mußte der Gegner seinen weiteren Vormarsch ins deutsche Etappengebiet aufgeben.
- Erstes Halbjahr 1917: Festsetzen der Schutztruppe im Hinterland von Lindi.

4) Kisuheli: Buschsteppe.

- August 1917: Versorgungsschwierigkeiten bei den Engländern. Für die großen Truppen kann kein adäquater Nachschub bewerkstelligt werden.
12. September 1917: Schutztruppe nähert sich der Grenze Portugiesisch-Ostafrikas. Es werden portugiesische Truppen dorthin beordert.
- Oktober 1917: Aufgabe von Mahenge (230 km südlich von Morogoro)
18. Oktober 1917: Viertägige Schlacht bei Mahiwa (55 km südwestlich von Lindi.)
17. November 1917: Entschluß der Schutztruppe, nach Portugiesisch-Ostafrika zu gehen. Die Truppe war am Ende ihrer Kräfte.⁵⁾ Damit fand die Tätigkeit des Gouverneurs, der von Lettow-Vorbeck weiterhin begleitete, ein Ende. Am 25. November wurde der Rovuma überschritten.
- Ende November 1917: Kapitulation der Westtruppen unter Hauptmann Tafel.
- bis September 1918: Bewegungen der Schutztruppe in Portugiesisch-Ostafrika bis kurz vor Quelimane. Die Bevölkerung verhielt sich deutschfreundlich und belieferte die Truppe verhältnismäßig bereitwillig mit Verpflegung. Es wurden nur Kleinkriege geführt und sich im wesentlichen darauf beschränkt, portugiesische Depots aller Art ausfindig zu machen und zu erobern. Bei den Engländern wiederum Nachschubschwierigkeiten.
18. September 1918: Die Schutztruppe überschreitet nach zehn Monaten wieder den Rovumo und fällt in Deutsch-Ostafrika ein.
1. November 1918: Die Schutztruppe fällt in Nordrhodesien ein.
13. November 1918: Da das deutsche Reich kapituliert hat, muß die Schutztruppe, zwar unbesiegt, die Feindseligkeiten einstellen.

5) BOELL (1951), 385.: Wer nicht mehr weiter mitgehen konnte, wurde zurückgelassen, meistens in größeren Gruppen unter Aufsicht eines Sanitätsoffiziers. Die Weitermarschierenden konnten umso besser ausgerüstet werden.

LITERATURVERZEICHNIS

- ADLUNG, Alfred: Die vegetabilischen Drogen der deutschen Schutzgebiete. Deutsche Apotheker Zeitung (1912), 136 - 138, 16 (1912). 146 - 148. 17 (1912), 157 - 158.
- Reichskolonialamt. In: DEVIN, G.: Die deutschen Militär-apotheker im Weltkrieg. Berlin (1920), 366 - 368.
- URDANG, Georg: Geschichte der Deutschen Pharmazie. Berlin 1935.
- ANKERMANN, Bernhard: Die Religion der Naturvölker. In: CHANTEPIE DE LA SAUSSAYE: Lehrbuch der Religionsgeschichte, 4. Auflage, I. Tübingen (1925) 131 - 192.
- ARNING, Wilhelm: Deutsch-Ostafrika, Gestern und Heute. Berlin 1936.
- BEATTIE, John: Sorcery in Bunyoro. In: MIDDLETON, John and WINTER: E.H. Witchcraft and Sorcery in East Africa. London 1963.
- BECKER, Alexander: Heilverfahren bei afrikanischen Völkern. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte XIV (1898), 3 f.
- BEYER, Georg: Medizinallwesen in unserem Deutsch-Ostafrika. Deutsche Apotheker Zeitung 87 (1938), 1290 - 1293.
- BOELL, Ludwig: Die Operationen in Ostafrika. Hamburg 1951.
- BRAUN-STADE: Pflanzen aus Deutsch-Ostafrika. Archiv der Pharmazie (1924), 368-381. (1925), 123 - 139. (1927), 45 - 61.
- BURBRIDGE, A: Native Affairs Department Annual (Southern Rhodesia), Vol. 8, 85. Salisbury.
- CHIDZERO, B.T.G.: Tanganyika and International Trusteeship. London - New York - Toronto 1961.
- CLYDE, DAVID, F.: History of the Medical Services of Tanganyika. Dar-es-Salaam 1962.
- DAMMANN, Ernst: Die Religionen Afrikas. Stuttgart 1963.
- DAPPER, Oliver: Umständliche und Eigentliche Beschreibung von Africa. Amsterdam 1670.
- DÖRFFEL, Alfred: Bericht an das Reichskolonialamt, Kommando Schutztruppen. 17. Februar 1919.
- EGGEL, Stabsarzt: Die Heilmittel bei den Masai. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte XIV (1898), 8 - 9.

- Die Heilmittel der Wadschaggas. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte XIV (1898), 10 - 11.
- la FONTAINE, Jean: Witchcraft in Bugisu. In: MIDDLETON, John and WINTER, E.H.: Witchcraft and Sorcery in East Africa. London (1963), 187 - 220.
- FORDE, Darrel: African Modes of Thinking. In: MCEWAN, Peter, J.M. and SUTCLIFFE Robert, B.: The Study of Africa. London (1965), 58 - 62.
- FRAZER, Sir James: The Golden Bough. III. Auflage. London (1911), Teil I, The Magic Art, I.
- GÄRTNER, Stabsarzt: Über Negermedizin. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte XIV (1898), 4 f.
- GELFAND, Michael: Witchdoctor. London 1964.
- GLUCKMANN, Max: The Logic of Witchcraft. In: MCEWAN, Peter, J.M. and SUTCLIFFE, Robert: The Study of Africa. London (1965), 79 - 91.
- GRAY, Robert, F.: Some Structural Aspects of Mbugwe Witchcraft. In: MIDDLETON, John and WINTER, E.H.: Witchcraft and Sorcery in East Africa. London (1963), 143 - 173.
- HAERDI, F., KERHARO, J. et ADAM, J. G.: Afrikanische Heilpflanzen. Acta Tropica, Supplementum 8. Basel 1964.
- HATZIG, Carl, F.: An die früheren Apothekenbesitzer im ehemals deutschen Schutzgebiete. Pharmazeutische Zeitung 59 (1921), 623.
- Die Konzession des Kolonialapothekers. Pharmazeutische Zeitung 103 (1921), 1125.
- Die Entschädigung der verdrängten ehemaligen Apothekenbesitzer. Pharmazeutische Zeitung 13 (1922), 137.
- HEILER, Friedrich: Erscheinungsformen und Wesen der Religion. Stuttgart 1961.
- HEY, Dr.: Der Tropenarzt. Offenbach a. M. 1906.
- HÖFTMANN, Hildegard: Suaheli - Deutsches Wörterbuch. Leipzig 1963.
- HÖPFER, W.: Das Schutzgebietsgesetz und seine ergänzenden rechtlichen Bestimmungen. Berlin 1907.
- HÖSEMANN, Stabsarzt: Über Negermedizin im Bezirk Udjidji. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte XIV (1898), 5f.
- HUNTINGFORD, G.W. B.: Nandi Witchcraft. In: MIDDLETON, John and WINTER, E. H.: Witchcraft and Sorcery in East Africa. London (1963), 175 - 186.

- JAP, Tjiang, Beng: Über indonesische Volksheilkunde an Hand der Pharmacopoeia Indica des Hermann Nikolaus Grim(m) (1684). Dissertation Marburg 1963.
- KAINZBAUER, Werner: Der Handel in Tanzania. Ifo-Institut für Wirtschaftsforschungen, München. Afrika-Studien. 18. Berlin-Heidelberg-New York 1968.
- KETTLER, Josef: Arzneimittelverkehr und Apothekenwesen in den deutschen Kolonien. Berlin 1941.
- KLATT, Günter: History of Pharmacy in Kenya. The East African Pharmaceutical Journal.
- KUHLMANN, Hellmuth: John Bulls "Kultur" und "Humanität" Deutsche Apotheker Zeitung 35/36 (1940), 266 f. 46 (1940), 342 f. 56 (1940), 422 f. 60 (1940), 452 f. 65 (1940), 492 f.
- LEQUIS, K.: Deutsch-Südwestafrika. In: DEBIN, G.: Die deutschen Militäräpotheker im Weltkrieg. Berlin (1920), 368 - 371.
- v. LETTOW-VORBECK, Paul: Meine Erinnerungen aus Ostafrika. Leipzig 1920.
- MEISSNER, Bruno: Babylonien und Assyrien I - II Heidelberg 1925.
- MEYERS: Handbuch über Africa. Mannheim 1962.
- MIDDLETON, John: Witchcraft and Sorcery in Lugbara. In: MIDDLETON, John and WINTER, E.H.: Witchcraft and Sorcery in East Africa. London (1963), 257 - 276.
- MORITZ, Otto: Einführung in die allgemeine Pharmakognosie. 3. Auflage. Stuttgart 1962.
- OLPP . G.: Hervorragende Ärzte in Wort und Bild. München 1932.
- PARRINDER, Geoffrey: Witchcraft: European and African. London 1963.
- RANNINGER, Franz: Inwieweit haben wir Pflanzer mit der Apothekerverordnung zu tun? Usambara Post 17 (1912).
- RELIGION IN GESCHICHTE UND GEGENWART. I - V. Tübingen 1927.
- RIEBOW: Deutsche Kolonialgesetzgebung. Teil I. Berlin 1893.
- SCHEBESTA, Paul: Ursprung der Religion. Berlin 1961.
- SCHIFFERS, Heinrich: Wilder Erdteil Afrika. II. Auflage. Frankfurt-Bonn 1962.
- SCHMIDT-DARGITZ-KÖBNER: Deutsche Kolonialgesetzgebung. Teil VI. Berlin 1903.

SCHMITZ, Rudolf: Geschichte der Hamburger Apotheken. 1818 - 1965. Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie, VII. Frankfurt 1966.

SCHNEE, Heinrich: Deutsches Koloniallexikon I - III. Leipzig 1920.

SCHREBER, Assistentarzt: Über Medizinen und Behandlungsweisen von Krankheiten wie sie bei den Eingeborenen des Bezirkes Pangani beobachtet werden. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte. XIV (1898), 13 f.

SCHULZE, Rudolf, (gen. Schulze - Dar-es-Salaam): Über das Apothekenwesen und den Arzneimittelverkehr. Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete. Berlin (1913), 25 - 27.

- Bericht über die Tätigkeit im Chemischen Laboratorium. Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiet. Berlin (1913), 27 - 28.
- Arzneiversorgung und Ersatzmittelbeschaffung während des Feldzuges in Deutsch-Ostafrika. Pharmazeutische Zentralhalle 32 (1919), 333 - 336. (1919), 347 - 351.
- Die Chiningewinnung in Mpuapua-Kilossa während des Feldzuges in Deutsch-Ostafrika. Berichte der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft. Berlin (1919), 486 - 504.
- Deutsch-Ostafrika. In: DEVIN, G.: Die deutschen Militärapotheke im Weltkriege. Berlin (1920), 371 - 379.

SMITH, E.W.: African Ideas of God. In: MCEWAN, Peter, J.M. and SUTCLIFFE, Robert, B.: The Study of Afrika. London (1965), 63 - 74.

SÖDERBLOM, Nathan: Kompendium der Religionsgeschichte. Berlin 1931.

STEUDEL, Emil: Das Gesundheitswesen in Deutsch-Ostafrika. In: ARNING, Wilhelm: Deutsch-Ostafrika. Gestern und Heute. II. Auflage. Berlin (1942), 179 - 232.

v. ST. PAUL-ILLAIRE, Walther: Swaheli Sprachführer. Dar-es-Salaam 1896.

TEMPELS, Placide: Bantuphilosophie. Heidelberg 1956.

URDANG, Georg u. DIECKMANN, Hans: Einführung in die Geschichte der deutschen Pharmazie. Frankfurt 1954.

le VINE, Robert, A.: Witchcraft and Sorcery in East Africa. London (1963), 221-225.

WINTER, E.H.: The Enemy Within: Amba Witchcraft and Sociological Theory. In: MIDDLETON, John and WINTER, E. H.: Witchcraft and Sorcery in East Africa. London (1963), 277 - 299.

WRIGHT, Harry, B.: Zauberer und Medizinmänner. Zürich 1958.

ZIMMERMANN, Alfred: Die Deutsche Kolonialgesetzgebung. Teil II - V. Berlin 1897-1901.

ZUPITZA, Stabsarzt: Die Heilmethoden der Wasiba. Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte XIV (1898), 6 - 7.

Periodica:

ADRESSBUCH FÜR DEUTSCH-OSTAFRIKA. Berlin 13. Ausgabe.

AMTLICHER ANZEIGER FÜR DEUTSCH-OSTAFRIKA. Dar-es-Salaam 1897 - 1915.

ARBEITEN AUS DEM KAISERLICHEN GESUNDHEITSAMTE. Berlin 1896, 1898, 1899, 1901.

DEUTSCHE APOTHEKERZEITUNG (s. auch APOTHEKERZEITUNG) Berlin 1911, 1912, 1919, 1928, 1937.

DEUTSCHES KOLONIALBLATT: Amtsblatt für die Schutzgebiete in Afrika und in der Südsee. Berlin 1891, 1893, 1895, 1905, 1913, 1914.

DEUTSCH-OSTAFRIKA ALS EIN- und AUSFUHRMARKT. XIII, Berlin 1909.

DEUTSCH-OSTAFRIKANISCHE RUNDSCHAU. Dar-es-Salaam 1909 - 1910.

DEUTSCH-OSTAFRIKANISCHE ZEITUNG. Dar-es-Salaam 1901 - 1903, 1908 - 1912, 1914.

EAST AFRICA PROTECTORATE OFFICIAL GAZETTE. Nairobi 1910.

GLOBUS 98, (1910).

KENYA OFFICIAL GAZETTE. Nairobi 1932, 1942.

KILIMANDSCHARO - UND MERUZEITUNG. Tanga 1913.

MEDICAL DEPARTMENT ANNUAL REPORTS. Dar-es-Salaam 1919 - 1964.

MEDIZINALBERICHTE ÜBER DIE DEUTSCHEN SCHUTZGEBIETE. Berlin 1907 - 1912.

PHARMAZEUTISCHE ZEITUNG. Berlin 1898, 1901, 1902, 1906, 1909 - 1912, 1914.

REPORT OF THE COMMISSION APPOINTED TO ENQUIRE INTO THE FINANCIAL POSITION AND FURTHER DEVELOPMENT OF NYASSALAND. No. 39. Blantyre.

SAMOANISCHES GOUVERNEMENTSBLATT. Apia 1914.

TANGANYIKA DIRECTORY. Dar-es-Salaam 1963.

TANGANYIKA TERRITORY OFFICIAL GAZETTE. Dar-es-Salaam 1919 - 1964.

USAMBARA POST. Tanga 1904, 1906 - 1912, 1915.

Gesetzestexte:

LAWS OF KENYA. Chapter 244. Nairobi 1962.

LAWS OF SOUTHERN RHODESIA. Chapter 215. Salisbury 1953.

LAWS OF TANGANYIKA. Dar-es-Salaam 1937, 1959.

LAWS OF UGANDA. Chapter 273. Entebbe 1964.

PHARMACY AND DRUGS ACT, GHANA. Accra 1961.

TANGANYIKA ORDINANCES. Dar-es-Salaam 1935.

ZANZIBAR LEGISLATION. Zanzibar. 1927.

Rundschreiben:

MEDICAL DEPARTMENT CIRCULAR. No. 14/57/56. Dar-es-Salaam 1953.

MEDICAL DEPARTMENT CIRCULAR. 6. March 1959. Nairobi.

Archivalien:

A. Deutsche Akten:

NATIONAL ARCHIVES OF TANZANIA, GERMAN FILES:

No. III: Akten der Finanzverwaltung. (1910), A 2, Vol. II. (1912), A 2, Vol. I.

No. V: Akten des Medizinalreferats. (1913), H 18.

NATIONAL MUSEUM OF TANZANIA: Alarmordnung für den Sanitätsdienst der Schutztruppe. (Unbezeichnete Akte in der Bibliothek.)

B. Englische Akten:

NATIONAL ARCHIVES OF TANZANIA, ENGLISH FILES:

J 17, P 34 940: Pharmacy and Poisons Board. Minutes of Meetings.

J 17, P 26 193: Pharmacy and Poisons Ordinance, Questions connected with.

BILDNACHWEIS

- Abb. 1 Von den Deutschen erbautes Europäerkrankenhaus in Dar-es-Salaam
Eigene Aufnahme
- Abb. 2 Dienstwohnung des Regierungsapothekers
Eigene Aufnahme
- Abb. 3 Regierungsapothek in Dar-es-Salaam
Medizinalberichte über die Deutschen Schutzgebiete (1910/11), 25.
- Abb. 4 Grundriß der Regierungsapothek
Medizinalberichte über die Deutschen Schutzgebiete (1910/11), 25.
- Abb. 5 Nordöstliche Ansicht der ehemaligen deutschen Regierungsapothek
Eigene Aufnahme
- Abb. 6 Südöstliche Ansicht der Regierungsapothek
Eigene Aufnahme
- Abb. 7 Bitte um Untersuchung einer Eingeborenenarznei
Nationalarchiv Tansania
Akten des Medizinalreferats (German Files) (1913), H 18, Seite 10.
- Abb. 8 Untersuchungsergebnis, ausgefertigt von Dr. R. Schulze und gegenge-
zeichnet von Dr. Meixner
Nationalarchiv von Tansania. Akten des Medizinalreferats (German Files)
(1913), H 18, Seite 11.
- Abb. 9 Gustav Giemsa in Hamburg
Aufnahme aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg.
- Abb. 10 Brief Dr. Emin Paschas aus Bukoba (1890)
Privatbesitz Günter Klatt, Husum
- Abb. 11 Kolonialecke im Saal 4 des Reichsapothekenmuseums in München (1938)
Zur Geschichte der Deutschen Apotheke 8/9/10 (1938), 28.
- Abb. 12 Regierungsapotheker Dr. R. Schulze in Schutztruppenuniform
Oberfeldapotheker W.-H. Stietzel, Königswinter

- Abb. 13 Gebäude der ehemaligen Reichsadlerapotheke (1965)
Eigene Aufnahme
- Abb. 14 Gebäude der ehemaligen Löwen-Apotheke in Lindi (1965)
Alfred Dörffel, Hamburg
- Abb. 15 Elefantenapotheke W. Müller, (um 1911)
Pharmazeutische Zeitung 30 (1911), 300
- Abb. 16 Offizin der Elefantenapotheke (um 1911)
Pharmazeutische Zeitung 30 (1911), 300
- Abb. 17 "Chemists Howse & McGeorge"
Offizin (1965)
Eigene Aufnahme
- Abb. 18 Offizin der Reichsadlerapotheke (1911)
Pharmazeutische Zeitung 30 (1911), 300
- Abb. 19 Titelblatt der in Ostafrika veröffentlichten Apothekenverordnung (1911)
Amtlicher Anzeiger 29 (1911), 8. Juli
- Abb. 20 Nashorn-Apotheke (um 1911)
Pharmazeutische Zeitung 30 (1911), 300.
- Abb. 21 Anzeigen in der Usambara-Post (1911/12)
In jeder Ausgabe wiederkehrend
- Abb. 22 Blick in das Sanitätsdepot (Central-Medical Store) Dar-es-Salaam (1966)
Eigene Aufnahme
- Abb. 23 "Medical Stores", afrikanische Hilfsarbeiter in der Versandabteilung (1965)
Eigene Aufnahme
- Abb. 24 "Medical Stores", Hilfssendung der UNICEF (1965)
Eigene Aufnahme
- Abb. 25 "Pharmaceutical Laboratory", Abfüllstation für Tinkturen (1965)
Eigene Aufnahme
- Abb. 26 "Pharmaceutical Laboratory", Salbenrührwerk (1965)
Eigene Aufnahme

Abb. 27 "Pharmaceutical Assistents" bei der Arbeit (Aga-Khan-Hospital in Nairobi)
Eigene Aufnahme

Abb. 28 Julius Nyerere, Präsident von Tansania, bei der Eröffnung eines katholischen Missionskrankenhauses in Kibosho
Eigene Aufnahme

(Soweit es sich nicht nur um Außenaufnahmen handelt, wurden alle Kopien anderer Fotos oder Schriftstücke von mir selbst angefertigt).

Herrn Professor Dr. Rudolf Schmitz danke ich für die
freundliche Überlassung des Themas und die Unter-
stützung bei der Durchführung der Arbeit.

Lebenslauf

Am 20. 12. 1937 wurde ich als drittes von fünf Kindern des Studienrates Helgo Klatt und der Apothekerin Johanna Klatt geb. Kühn in Husum, Kreis Husum, geboren. Nach sechs Grundschuljahren, von denen die fünfte Klasse übersprungen wurde, bestand ich die Aufnahmeprüfung für das Hermann-Tast-Gymnasium in Husum. Nachdem ich die Untertertia wiederholen mußte, verließ ich Ostern 1952 Husum und verbrachte Obertertia und Untersekunda in dem Landschulheim Marienau bei Dahlenburg, Kreis Lüneburg. Von Ostern 1954 bis Ostern 1957 besuchte ich das Ostseegymnasium in Timmendorferstrand, wo ich am 9. März 1957 das Abitur im mathematisch-naturwissenschaftlichen Zweig bestand. Hieran schloß sich vom 1. 4. 1957 bis 30. 3. 1959 eine Praktikantenzeit in der Adlerapotheke, Lübeck, unter Pharmazierat Wilhelm Völsch an. Am 12. März 1959 erfolgte in Kiel die pharmazeutische Vorprüfung mit der Note "gut". Das Studium wurde am 15. 4. 1959 an der Universität Graz, Österreich, aufgenommen. Nachdem ich dort nur ein Semester verbringen konnte, mußte das Studium, da in Deutschland kein Laborplatz zu erhalten war, ein Semester unterbrochen werden. Dieses wurde ausgefüllt durch das Studium der Landwirtschaft in Kiel. Vom 1. Mai 1959 bis Dezember 1962 konnten die restlichen fünf Semester des Pharmaziestudiums in Kiel absolviert und am 23. 12. 1962 dieses mit dem Staatsexamen, Note "gut", abgeschlossen werden.

Die Kandidatenzeit verbrachte ich vom 1. 1. 1963 - 30. 4. 1963 in der Hirschapotheke zu Lüdenscheid (Inh. Walter Scholz), danach bis zum 31. Dez. 1963 in der Einhorn-Rats-Apotheke (Inh. Hanna Klatt) zu Husum. Schon kurz vor Beendigung der Kandidatenzeit nahm ich unter Verwendung des Jahresurlaubs das Studium der Geschichte der Pharmazie bei Prof. Dr. R. Schmitz in Marburg auf. Die Bestallung wurde mir am 9. Januar 1964 erteilt. Nach Zuteilung eines Stipendiums des DAAD ging ich am 1. Nov. 1964 nach Tansania, um eine Arbeit über die Entwicklung der dortigen Apothekenverhältnisse anzufertigen. Nach meiner Rückkunft im Dezember 1966 arbeitete ich drei Monate in der elterlichen Apotheke (Einhorn-Rats-Apotheke zu Husum) und wurde dann am 1. April 1967 als Stabsapotheker zur Bundeswehr eingezogen. Nach Ableistung meines Dienstes zuerst in Bramstedtlund an der dänischen Grenze und danach als Ausbildungsoffizier im Sanitätsbataillon in Marburg nahm ich am 1. April wieder das Studium der Pharmazie-

geschichte auf, um die Auswertung des in Tansania gesammelten Materials zu vollenden und unter Anleitung von Professor Dr. R. Schmitz die vorliegende Dissertation anzufertigen.

Meine akademischen Lehrer waren die Professoren und Dozenten

an der Universität Graz: Hölzl, Musil, Wagner, Widder, Zinke.

an der Universität Kiel : Dann, Guenther, Grewe, Herre, Juza, Kleinfeller,
Knothe, Kopf, Lochte-Holtgreven, Martin, Moritz,
Overbeck, Reese, Schlichting, Schultz, Straka, Thran.

an der Universität Marburg: Dammann, Dülfer, Jungraithmayr, Kating, Nachtigall,
Schmitz, Wenskus.

